CUIDADO Y DESARROLLO DE BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS (TAINTOR Y LAMARR



Taintor y LaMarr
Clackamas Community College

LibreTexts™

Cómo está organizado este libro

Cuidado y desarrollo de bebés y niños pequeños (Taintor y LaMarr)

This text is disseminated via the Open Education Resource (OER) LibreTexts Project (https://LibreTexts.org) and like the thousands of other texts available within this powerful platform, it is freely available for reading, printing, and "consuming."

The LibreTexts mission is to bring together students, faculty, and scholars in a collaborative effort to provide an accessible, and comprehensive platform that empowers our community to develop, curate, adapt, and adopt openly licensed resources and technologies; through these efforts we can reduce the financial burden born from traditional educational resource costs, ensuring education is more accessible for students and communities worldwide.

Most, but not all, pages in the library have licenses that may allow individuals to make changes, save, and print this book. Carefully consult the applicable license(s) before pursuing such effects. Instructors can adopt existing LibreTexts texts or Remix them to quickly build course-specific resources to meet the needs of their students. Unlike traditional textbooks, LibreTexts' web based origins allow powerful integration of advanced features and new technologies to support learning.



LibreTexts is the adaptable, user-friendly non-profit open education resource platform that educators trust for creating, customizing, and sharing accessible, interactive textbooks, adaptive homework, and ancillary materials. We collaborate with individuals and organizations to champion open education initiatives, support institutional publishing programs, drive curriculum development projects, and more.

The LibreTexts libraries are Powered by NICE CXone Expert and was supported by the Department of Education Open Textbook Pilot Project, the California Education Learning Lab, the UC Davis Office of the Provost, the UC Davis Library, the California State University Affordable Learning Solutions Program, and Merlot. This material is based upon work supported by the National Science Foundation under Grant No. 1246120, 1525057, and 1413739.

Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation nor the US Department of Education.

Have questions or comments? For information about adoptions or adaptions contact info@LibreTexts.org or visit our main website at https://LibreTexts.org.

This text was compiled on 06/15/2026

TABLE OF CONTENTS

Cómo está organizado este libro

Licensing

1: Bebés y niños pequeños- una introducción

- 1.1: Introducción
- 1.2: ¿Quiénes son los bebés y los niños pequeños?
- 1.3: ¿Qué significa el cuidado y la educación de bebés y niños pequeños?
- 1.4: Principios orientadores del cuidado y de la educación de bebés y niños pequeños
- 1.5: ¿Por qué es importante el cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños?
- 1.6: Conclusión
- 1.7: Referencias

2: Resumen del desarrollo físico

- 2.1: Introducción
- 2.2: Aumento del peso corporal
- 2.3: Aumento de la longitud/altura del cuerpo
- 2.4: Aumento del perímetro cefálico
- 2.5: Variación mundial del crecimiento humano
- 2.6: Conclusión
- 2.7: Referencias

3: Salud y nutrición

- 3.1: Introducción
- 3.2: Leche materna- composición, beneficios e índices
- 3.3: Alimentos complementarios
- 3.4: Preocupación por el consumo insuficiente y excesivo
- 3.5: Bebidas
- 3.6: Patrones dietéticos saludables durante el segundo año de vida
- 3.7: Apoyar una alimentación saludable
- 3.8: Sueño
- 3.9: Muerte súbita e inesperada del lactante (SMSL)
- 3.10: Actividad física
- 3.11: Conclusión
- 3.12: Referencias

4: Resumen del desarrollo del cerebro

- 4.1: Introducción
- 4.2: Desarrollo del cerebro- crecimiento del volumen
- 4.3: Estructuras del cerebro
- 4.4: Lóbulos del cerebro
- 4.5: Otras estructuras del prosencéfalo
- 4.6: Lateralización cerebral
- 4.7: Neuronas- estructura y función
- 4.8: Desarrollo de las redes cerebrales
- 4.9: Patrones de crecimiento de la materia cerebral

- 4.10: Sistemas cerebrales subyacentes al desarrollo
- 4.11: Conclusión
- 4.12: Referencias

5: Salud mental de bebés y niños pequeños

- 5.1: Introducción
- 5.2: La salud mental en la infancia y la niñez
- 5.3: Experiencias adversas en la infancia
- 5.4: Adversidad y estrés tóxico
- 5.5: Resiliencia
- 5.6: Atención con conocimiento de los traumas
- 5.7: Conclusión
- 5.8: Referencias

6: Desarrollo de la motricidad

- 6.1: Introducción
- 6.2: Reflejos
- 6.3: Desarrollo del sentido del espacio peripersonal
- 6.4: Pikler y Gerber
- 6.5: Tendencias del desarrollo de la motricidad
- 6.6: Desarrollo de la motricidad gruesa y fina
- 6.7: Diferencias individuales- el papel de las prácticas culturales en el cuidado de los niños
- 6.8: Relación entre el desarrollo de la motricidad y otras áreas del desarrollo
- 6.9: Conclusión
- 6.10: Referencias

7: Desarrollo sensorial y perceptivo

- 7.1: Introducción
- 7.2: Desarrollo sensorial
- 7.3: Desarrollo perceptivo
- 7.4: Percepción y acción
- 7.5: Estudiar el desarrollo sensorial
- 7.6: Diferencias de procesamiento sensorial
- 7.7: Conclusión
- 7.8: Referencias
- 7.9: ¿Qué es la percepción?

8: Descripción general del desarrollo cognitivo

- 8.1: Introducción
- 8.2: El estudio de la cognición de Jean Piaget
- 8.3: ¿Cómo se estudia la cognición de los bebés y los niños pequeños?
- 8.4: Hitos del desarrollo cognitivo entre los 2 y 36 meses de edad
- 8.5: Inquietudes relacionadas con el desarrollo cognitivo
- 8.6: Procesos cognitivos
  - 8.6.1: Imitación
  - 8.6.2: Categorización
  - 8.6.3: Cognición numérica
  - 8.6.4: Funciones ejecutivas
  - 8.6.5: Autorregulación
  - 8.6.6: Persistencia

- 8.6.7: Habilidades espaciales
- 8.6.8: Mentalidad y elogios
- 8.7: Conclusión
- 8.8: Referencias

9: Teorías del desarrollo cognitivo

- 9.1: Introducción
- 9.2: Jean Piaget
- 9.3: Aplicación de la etapa sensoriomotora de Piaget
- 9.4: Teoría sociocultural del desarrollo cognitivo de Vygotsky
- 9.5: Teoría del conocimiento central
- 9.6: Procesamiento de la información
- 9.7: Conclusión
- 9.8: Referencias

10: Desarrollo cognitivo- estrategias en el cuidado grupal

- 10.1: Introducción
- 10.2: Observar la cognición
- 10.3: La pandemia de COVID-19- prueba de la importancia de las experiencias de aprendizaje de calidad
- 10.4: Entornos que favorecen el desarrollo cognitivo
- 10.5: Materiales que favorecen el desarrollo cognitivo
- 10.6: Interacciones que favorecen el desarrollo cognitivo
- 10.7: Experiencias que favorecen el desarrollo cognitivo
- 10.8: Conclusión
- 10.9: Referencias

11: Información general sobre el desarrollo del lenguaje

- 11.1: Introducción
- 11.2: Hitos de la comunicación y el lenguaje en los primeros años de vida y la niñez
- 11.3: Comunicación temprana con la mirada
- 11.4: Etapas de la adquisición del lenguaje
- 11.5: Desarrollo vocal del bebé
- 11.6: Desarrollo de los gestos
- 11.7: Aprendizaje estadístico
- 11.8: Primeras palabras
- 11.9: Seguimiento del crecimiento del lenguaje en bebés y niños pequeños en gráficos
- 11.10: Desarrollo de la lengua materna en lenguas distintas al inglés
- 11.11: Desarrollo de la eficacia en el procesamiento del lenguaje
- 11.12: Conclusión
- 11.13: Referencias

12: Teorías de la adquisición del lenguaje

- 12.1: Introducción
- 12.2: Conductismo
- 12.3: Innatismo
- 12.4: Innatismo
- 12.5: Teoría del interaccionismo social
- 12.6: Aprendizaje estadístico
- 12.7: Teoría ampliada del imán de la lengua materna (NLM-e)
- 12.8: Conclusión

- 12.9: Referencias

13: Apoyo del lenguaje en guarderías

- 13.1: Introducción
- 13.2: Desarrollo del lenguaje y diferencias individuales
- 13.3: Estrategias de apoyo al desarrollo del lenguaje
  - 13.3.1: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- receptividad y sensibilidad
  - 13.3.2: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- toma de turnos
  - 13.3.3: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- protoconversaciones
  - 13.3.4: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- habla dirigida al bebé
  - 13.3.5: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- canto
  - 13.3.6: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- atención conjunta
  - 13.3.7: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- signos para bebés y lengua de señas
  - 13.3.8: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura compartida
  - 13.3.9: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura dialógica
- 13.4: Conclusión
- 13.5: Referencias

14: Multilingüismo

- 14.1: Introducción
- 14.2: Definir el multilingüismo
- 14.3: Demografía de los niños multilingües
- 14.4: Multilingüismo- creencias y conceptos erróneos
- 14.5: En qué se diferencia el multilingüismo
- 14.6: La ciencia del desarrollo del multilingüismo
- 14.7: Efectos del multilingüismo en el desarrollo
- 14.8: Estrategias para los cuidadores que trabajan con bebés y niños pequeños multilingües
- 14.9: Conclusión
- 14.10: Referencias

15: Desarrollo emocional

- 15.1: Introducción
- 15.2: Teorías de la emoción
- 15.3: La biología de las emociones
- 15.4: Comienzos emocionales
- 15.5: Emociones y autorregulación
- 15.6: El papel del cuidador en la regulación emocional
- 15.7: Competencias emocionales
- 15.8: Desarrollo del sentido del yo
- 15.9: Empatía
- 15.10: Emociones y cognición
- 15.11: El papel del lenguaje en la emoción
- 15.12: Saber lo que pueden hacer
- 15.13: Control de los impulsos
- 15.14: Expresión de las emociones
- 15.15: Comprensión social y conciencia de sí mismo
- 15.16: Expresión facial y reconocimiento de las emociones
- 15.17: Unir las piezas
- 15.18: Elementos culturales del desarrollo emocional
- 15.19: Competencia emocional y autorregulación- una estrategia para promover el desarrollo emocional

- 15.20: Conclusión
- 15.21: Referencias

16: Desarrollo social

- 16.1: Introducción
- 16.2: ¿Qué es el desarrollo social?
- 16.3: Teorías del desarrollo social
- 16.4: Visión general de la teoría del aprendizaje cognitivo social
- 16.5: Los primeros meses del desarrollo social
- 16.6: Relaciones
- 16.7: Desarrollo social a través del juego
- 16.8: Conclusión
- 16.9: Referencias

17: Estimular el desarrollo social y emocional en los espacios de cuidado grupal

- 17.1: Introducción
- 17.2: Influencia general del cuidado infantil en el desarrollo
- 17.3: Prácticas para estimular el desarrollo socioemocional
- 17.4: Entornos físicos que estimulan el desarrollo socioemocional
- 17.5: Conclusión
- 17.6: Referencias

18: Apego y vínculos recíprocos

- 18.1: Introducción
- 18.2: Teoría del apego
- 18.3: Conducta de apego frente a vínculo de apego
- 18.4: La situación extraña de Ainsworth
- 18.5: Comodidad del contacto
- 18.6: Modelos de funcionamiento interno del apego
- 18.7: Ayuda para cuidadores
- 18.8: Apego y cultura
- 18.9: Ansiedad de apego y separación
- 18.10: Trastorno del apego
- 18.11: Referencias

19: Temperamento

- 19.1: Introducción
- 19.2: Descripción general del temperamento
- 19.3: Dimensiones del temperamento
- 19.4: Estilos de temperamento
- 19.5: Bondad de ajuste
- 19.6: Temperamento, cultura y entorno
- 19.7: Temperamento y desarrollo del lenguaje
- 19.8: Temperamento y personalidad posterior
- 19.9: Conclusión
- 19.10: Referencias

20: Influencias en el desarrollo

- 20.1: Introducción
- 20.2: Agentes de socialización y enculturación
  - 20.2.1: Agentes de socialización y enculturación
    - 20.2.1.1: Padres y familias
      - 20.2.1.1.1: Teorías sobre la crianza de los hijos
    - 20.2.1.2: Familias con menos recursos o apoyo económico
    - 20.2.1.3: Bebés en régimen de parentesco o de acogida
- 20.3: Cómo proporcionar y apoyar un cuidado culturalmente sensible
- 20.4: Influencias del lenguaje, la cultura y los cuidados
- 20.5: Creación de relaciones parentales positivas con los cuidadores
- 20.6: Conclusión
- 20.7: Referencias

21: Licencias y reglamentos

- 21.1: Introducción
- 21.2: Comprensión del servicio de cuidado con licencia y sin licencia
- 21.3: Requisitos y cualificaciones del personal; Apartado 101152
- 21.4: Proporción de maestros por niños en los centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3
- 21.5: Supervisión de niños en centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3
- 21.6: Derechos personales de los niños; Apartado 101223
- 21.7: Reglamentos de salud y seguridad; Apartado 1596.866
- 21.8: Candados y requisitos de inaccesibilidad en el cuidado infantil; Apartado 101238
- 21.9: Requisitos relativos a las masas de agua en el cuidado de niños; Apartado 101238
- 21.10: Resumen del transporte en el cuidado infantil; Apartado 101425
- 21.11: Planificación en caso de catástrofes y seguridad contra incendios; Apartado 101174
- 21.12: Requisitos del servicio de alimentos para los centros de cuidado infantil; Apartado 101227
- 21.13: Reglamentos adicionales específicos para los bebés
- 21.14: Referencias

22: Prácticas de cuidado - Cuidados primarios

- 22.1: Introducción
- 22.2: Apego y cuidados primarios
- 22.3: Conclusión
- 22.4: Referencias

23: Prácticas de cuidado -- Grupos pequeños y proporciones bajas

- 23.1: Introducción
- 23.2: Grupos pequeños
- 23.3: Proporciones bajas
- 23.4: Beneficios de los grupos pequeños y de las proporciones bajas
- 23.5: Conclusión
- 23.6: Referencias

24: Prácticas de cuidado - Continuidad de la atención

- 24.1: Introducción
- 24.2: La continuidad de la atención como práctica de cuidado
- 24.3: Conclusión
- 24.4: Referencias

25: Prácticas de cuidado - Rutinas

- 25.1: Introducción
- 25.2: Rutinas de cuidado
- 25.3: El cronograma diario
- 25.4: Consejos para crear cronogramas diarios apropiados para el desarrollo
- 25.5: Referencias

26: Cuidado inclusivo

- 26.1: Introducción
- 26.2: Resumen
- 26.3: Cómo hacer para que los programas incluyan a todos los niños
- 26.4: El aprendizaje individualizado de los niños
- 26.5: Promover las prácticas inclusivas
- 26.6: Inclusión exitosa de niños con necesidades especiales
- 26.7: Cómo adaptar los materiales para satisfacer las necesidades de un bebé o de un niño pequeño
- 26.8: Colaborar para lograr la inclusión
- 26.9: Juego inclusivo
- 26.10: Consideraciones específicas
- 26.11: Conclusión
- 26.12: Recursos adicionales
- 26.13: Referencias

27: Entorno interior

- 27.1: Introducción
- 27.2: El impacto de nuestro entorno
- 27.3: Elementos fundamentales del entorno
- 27.4: Elementos fundamentales del entorno
- 27.5: Elementos fundamentales del entorno en relación con la salud
- 27.6: Elementos fundamentales del entorno en relación con la iluminación y la comodidad
- 27.7: Elementos fundamentales del entorno en relación con la practicidad
- 27.8: Elementos fundamentales del entorno. Satisfacción de las necesidades individuales- tamaño y flexibilidad del niño
- 27.9: Elementos fundamentales del entorno en relación con el movimiento y las elecciones
- 27.10: Elementos fundamentales del entorno en relación con las interacciones
- 27.11: Elementos fundamentales del entorno en relación con la bienvenida a las familias
- 27.12: Apoyo del desarrollo
- 27.13: División y definición del espacio
- 27.14: Apoyo para los niños con necesidades especiales
- 27.15: Conclusión
- 27.16: Referencias

28: Entorno exterior

- 28.1: Introducción
- 28.2: Beneficios del juego y de la exploración al aire libre
- 28.3: Consideraciones para crear espacios de juego al aire libre seguros y estimulantes
- 28.4: Cuando la disponibilidad de espacio de juego al aire libre es un problema
- 28.5: Estrategias para maximizar las oportunidades de aprendizaje al aire libre para bebés y niños pequeños
- 28.6: Creación de una cultura de programa que promueva el juego y la exploración al aire libre
- 28.7: Conclusión
- 28.8: Referencias

29: Introducción a la observación

- 29.1: Introducción
- 29.2: Por qué observamos
- 29.3: Pautas para observar a los niños
- 29.4: Observaciones precisas para una documentación precisa
  - 29.4.1: Objetivo frente a subjetivo
  - 29.4.2: Reconocer y eliminar los prejuicios
  - 29.4.3: Etiquetar frente a describir comportamientos
  - 29.4.4: Interpretación del estado de ánimo
- 29.5: Lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en materia de observación y documentación
- 29.6: Establecer sistemas de observación continua
- 29.7: Familia y observación
- 29.8: Conclusión
- 29.9: Referencias

30: Documentación

- 30.1: Introducción
- 30.2: Primeros pasos
- 30.3: Observación y documentación al participar
- 30.4: Tipos de documentación
- 30.5: Tecnología para la documentación
- 30.6: Conceptos clave al documentar
- 30.7: Guardar la documentación
- 30.8: Documentación y familias
- 30.9: Revisión y reflexión sobre la documentación
- 30.10: La documentación como una herramienta de planificación
- 30.11: Documentación para la evaluación
- 30.12: Conclusión
- 30.13: Referencias

31: Evaluación

- 31.1: Introducción
- 31.2: Objetivo de la evaluación
- 31.3: Fuentes de información
- 31.4: Tipos de evaluaciones más comunes
- 31.5: Evaluación de niños bilingües
- 31.6: Apoyo a la evaluación
- 31.7: Preocupaciones sobre la evaluación
- 31.8: Conclusión
- 31.9: Referencias

32: Introducción al plan de estudios

- 32.1: Introducción
- 32.2: Conceptos fundamentales del plan de estudios para bebés y niños pequeños
  - 32.2.1: Relaciones y plan de estudios
  - 32.2.2: Temperamento y plan de estudios
  - 32.2.3: Juego y plan de estudios
  - 32.2.4: Rutinas y plan de estudios
  - 32.2.5: Plan de estudios y entorno
  - 32.2.6: El plan de estudios como experiencia

- 32.3: Plan de estudios para uno- individualizar el plan de estudios
- 32.4: Referencias

33: Elaboración de un plan de estudios

- 33.1: Introducción
- 33.2: Reflexiones, interpretación y planificación
- 33.3: Plan de estudios receptivo
- 33.4: Cómo involucrar a los bebés y niños pequeños en la planificación
- 33.5: Planificación holística
- 33.6: Interpretación para la planificación
- 33.7: Referencias

34: Aplicación del plan de estudios

- 34.1: Puesta en marcha de los planes
- 34.2: Reflexionar y evaluar
- 34.3: Referencias

Index

Glossary

Detailed Licensing

Detailed Licensing

Licensing

*A detailed breakdown of this resource's licensing can be found in **Back Matter/Detailed Licensing**.*

CHAPTER OVERVIEW

1: Bebés y niños pequeños- una introducción

The original English version of this book can be found at https://socialsci.libretexts.org/Boo...or_and_LaMarr)

1.1: Introducción
1.2: ¿Quiénes son los bebés y los niños pequeños?
1.3: ¿Qué significa el cuidado y la educación de bebés y niños pequeños?
1.4: Principios orientadores del cuidado y de la educación de bebés y niños pequeños
1.5: ¿Por qué es importante el cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños?
1.6: Conclusión
1.7: Referencias

1: Bebés y niños pequeños- una introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.1: Introducción

Cuidado y desarrollo de bebés y niños pequeños: una introducción

Cuando piensa en bebés y niños pequeños, ¿qué palabras e imágenes se le vienen a la mente? William James imaginó que los bebés experimentaban una “confusión floreciente y zumbante” (James, 1890). Imágenes más recientes y precisas consideran a los bebés y niños pequeños como jóvenes científicos que dan sentido a su mundo mientras se involucran activamente con él (Gopnik, 2012; Gopnik, Meltzoff & Kuhl, 1999). El objetivo de esta sección es presentarle brevemente a los bebés y a los niños pequeños mediante información demográfica, los principios orientadores del cuidado y de la educación de los bebés y los niños pequeños, y demostrar por qué es tan importante el cuidado y la educación de calidad para los bebés y niños pequeños.



Figura 1.1.1: Bebé disfrutando de jugar con su cuidadora. (Imagen por Larry Crayton en Unsplash)

1.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.2: ¿Quiénes son los bebés y los niños pequeños?

Cuidado y educación de bebés y niños pequeños

¿Qué significa el cuidado y la educación de bebés y niños pequeños? Quizás, sea más claro empezar describiendo lo que no es. El cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños no es un servicio de niñera. Hacer de niñera o vigilar a un niño y asegurarse de que está a salvo es apenas la mínima parte de lo que esto significa. Los tres primeros años de la vida de un niño son una base fundamental para su desarrollo posterior, por lo que los cuidadores deben aplicar estrategias respaldadas por la investigación para crear experiencias seguras y estimulantes con relaciones de calidad en el aula.



Figura 1.2.1: La diversión del juego. (Imagen por Antoine Hawa en Unsplash)

El cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños no es preescolar. Aunque hay muchos enfoques pedagógicos preescolares diferentes, con frecuencia giran en torno a los horarios de las actividades de mesa, el tiempo en ronda y el juego en el salón o al aire libre. ¿Debería ser similar para los bebés y para los niños pequeños? Para algunos, la educación infantil es igual que el preescolar o, al menos, el objetivo es que sea lo más parecido posible al preescolar. Las actividades pueden ser diferentes y la asignación de tiempo a las actividades puede variar, pero muchos programas para bebés y niños pequeños intentan ser réplicas de los planes de estudio de preescolar, con un enfoque diluido.

El cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños es y debe ser muy diferente del plan de estudios de preescolar. El término plan de estudios se utiliza cada vez con más frecuencia en referencia a los bebés y los niños pequeños, pero tiene un significado diferente al que se suele considerar cuando se piensa en el plan de estudios. ¿En qué piensa cuando considera el término plan de estudios? ¿Se imagina un libro de plan de estudios que establezca las actividades diarias con temas semanales y mensuales? Esto es común en muchos entornos preescolares. El plan de estudios para bebés y niños pequeños es diferente. El plan de estudios para niños menores de tres años se centra en las relaciones mientras se observan de cerca y se reflexiona sobre las interacciones y las experiencias que aparecen de a poco.

1.2: ¿Quiénes son los bebés y los niños pequeños? is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.3: ¿Qué significa el cuidado y la educación de bebés y niños pequeños?

Principios del cuidado

Décadas de investigación y teoría han producido algunos principios orientadores generales que son un punto de partida importante para comprender el cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños. [1]

Principio no. 1: los niños son participantes activos al darle forma a su propio desarrollo.

Los bebés y los niños pequeños buscan información de su entorno y de sus interlocutores con la mirada, la comunicación/el lenguaje, el contacto físico y la manipulación manual de objetos. Determinados tipos de información atraen la atención de los bebés y les dan un acceso exclusivo para ayudarlos a entender cómo funciona el mundo. Por ejemplo, los bebés prefieren escuchar el lenguaje dirigido al bebé, y este tipo de exposición al lenguaje por parte de los adultos ayuda a los bebés a adquirirlo (García-Sierra, Ramírez-Esparza, Wig & Robertson, 2021; Graf Estes & Hurley, 2013). Un gran ejemplo de cómo la participación activa da forma al desarrollo personal viene del desarrollo motor. Incluso después de que los niños comienzan a caminar, todavía falta mejorar mucho más para caminar de forma eficaz. De hecho, los niños pequeños dan en promedio 2,368 pasos por hora y también se caen en promedio 17 veces (Adolph et al., 2012). Participar activamente en la práctica de caminar da forma a su propio proceso de desarrollo en la eficacia para caminar. Además, participar activamente en la práctica de caminar está relacionado con las diferencias individuales en el desarrollo lingüístico y cognitivo, ya que caminar crea nuevas oportunidades para relacionarse con otras personas, sujetar objetos mientras se está en movimiento y encontrar nuevos objetos y experiencias (Karasik, Adolph, Tamis-LeMonda & Zuckerman, 2012; Schneider & Iverson, 2021; West & Iverson, 2021). [1]



Figura 1.3.1: El bebé y su cuidadora. (Imagen por Kevin Gent en Unsplash)

Principio no. 2: las relaciones y las experiencias son las principales vías de desarrollo.

Los bebés y los niños pequeños se desarrollan por medio de las relaciones entre sí y con adultos, y de la exploración de su mundo, solos y con otros. Las relaciones sensibles, respetuosas y estables con los cuidadores sirven de base para el desarrollo saludable de los bebés y los niños pequeños (Bornstein et al., 2020; Li et al., 2022; Raby et al., 2019). Estas relaciones son el punto de partida para el desarrollo lingüístico, social, emocional y cognitivo, y estas relaciones literalmente dan forma a la estructura del cerebro en crecimiento (Bernier, Calkins & Bell, 2016; King et al., 2021; Nelson, Zeanah & Fox, 2019). [1]

Principio no. 3: el desarrollo es complejo y transaccional.

Los niños y sus contextos se moldean mutuamente de forma continua y cíclica, lo que se conoce como el modelo transaccional del desarrollo (Sameroff, 2009; Sameroff & Mackenzie, 2003). Por ejemplo, cada niño se cría en un contexto cultural que determina todos los aspectos del desarrollo, pero el contexto familiar o cultural particular del niño también puede afectar al contexto comunitario más amplio con el tiempo de forma compleja. Los mismos factores ambientales pueden afectar a distintos niños y familias de manera diferente. Asimismo, diferentes factores ambientales pueden tener un efecto parecido en los niños. Por ejemplo, los niños pequeños de hogares con un nivel socioeconómico (socioeconomic status, SES) bajo suelen estar expuestos a menos lenguaje; sin embargo, esto no siempre es así, ya que incluso entre todas las familias con un SES bajo, algunos niños pequeños están expuestos a una abundancia de lenguaje mientras que otros están expuestos a mucho menos (Weisleder & Fernald, 2013).

En la Figura 2.4.2, se muestra cómo la cantidad de palabras que escuchan los niños pequeños en un día difiere mucho entre las familias. En el gráfico, cada barra vertical representa la cantidad total de palabras a las que se expone un niño en un día. Por lo tanto, aunque todos estos niños pequeños procedían de familias de bajo SES, había diferencias significativas en la cantidad de lenguaje de los cuidadores. [1]

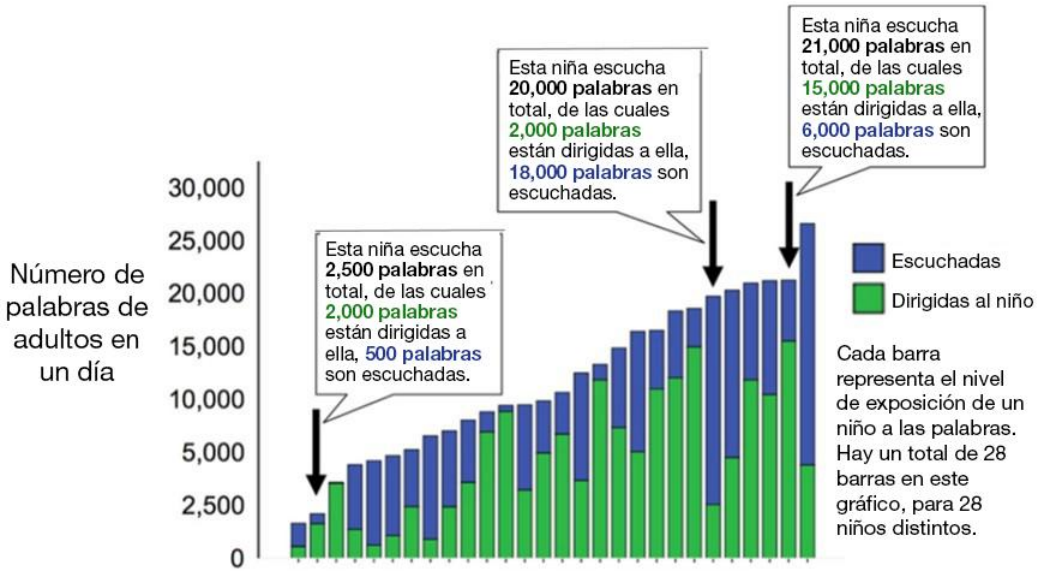


Figura 1.3.2: Cada barra representa el nivel de exposición de un niño a las palabras. Hay un total de 28 bardos en este gráfico, para 28 niños diferentes. En este gráfico, se muestra la cantidad de palabras que diferentes niños escucharon de los adultos en un día. La parte inferior/verde de cada barra muestra el número de palabras que los adultos le dijeron a ese niño en un día. La parte superior/azul de cada barra muestra el número de palabras que los niños escucharon cuando los adultos estaban hablando con otras personas. Por ejemplo, la niña 2 escuchó 2,500 palabras en total. Le dirigieron 2,000 palabras a ella, y ella escuchó 500 palabras. La niña 23 escuchó 20,000 palabras en total. Le dirigieron 2,000 palabras a ella, y ella escuchó 18,000 palabras. La niña 27 escuchó 21,000 palabras en total. Le dirigieron 15,000 palabras a ella, y ella escuchó 6,000 palabras. (Imagen adaptada de Lew-Williams & Weisleder [2017]. How Do Little Kids Learn Language? *Frontiers for Young Minds, 5*, 45. CC by 4.0)

Principio no. 4: el desarrollo y el aprendizaje se producen en varios sistemas o contextos.

Los bebés y los niños pequeños se desarrollan como resultado de las interacciones directas que tienen con las personas de su mundo (familia, amigos, cuidadores que no son sus progenitores) y de las influencias indirectas, como los recursos de la comunidad, las políticas en los entornos de trabajo de sus progenitores, las políticas estatales sobre el cuidado de los niños y muchos más entornos físicos, sociales y de interacción (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Rowe & Weisleder, 2020). Dentro de estos diversos sistemas y contextos, los progenitores son los primeros y más influyentes cuidadores de los niños y sus principales fuentes de conocimiento. La calidad de estos diversos contextos puede influir en gran medida en las trayectorias de desarrollo de los bebés y niños pequeños (Gilkerson et al., 2018; Larose et al., 2021; Shuffrey et al., 2022). [1]

Principio no. 5: todas las áreas de desarrollo están interrelacionadas.

Durante el período en el que son bebés y niños pequeños, los ámbitos del desarrollo (es decir, el desarrollo físico, el desarrollo cognitivo y el desarrollo social) están interrelacionados. El desarrollo de un ámbito influye en el desarrollo de otros ámbitos. Por ejemplo, la capacidad motora de un bebé para sentarse de forma independiente está relacionada con el desarrollo cognitivo y del lenguaje (Oudgenoeg-Paz, Volman & Leseman, 2012; Veldman et al., 2019). En consecuencia, los ámbitos de desarrollo no pueden considerarse de forma aislada. La interacción dinámica de todas las áreas del desarrollo debe tenerse en cuenta a la hora de planificar e interactuar con todos los niños, en especial los bebés y los niños pequeños. [1]



Figura 1.3.3: Lo divertido de explorar. (Imagen por Nandhu Kumar en Unsplash)

Principio no. 6: existen grandes diferencias individuales en los ritmos de desarrollo de los niños.

Cada niño tiene un ritmo de crecimiento y de desarrollo único. Algunos niños pueden tener un retraso en el desarrollo o una discapacidad que requiera una intervención temprana o adaptaciones para conseguir un determinado resultado en el desarrollo. Además, las diferencias individuales de formación temprana son importantes porque muchas veces se asocian con los beneficios de resultados positivos. Por ejemplo, alcanzar antes los hitos del desarrollo motor (sentarse o caminar) está relacionado con el crecimiento a corto plazo de las capacidades lingüísticas (Carina, Leinweber & Ritterfeld, 2019; He, Walle & Campos, 2015). Aunque los gráficos de hitos pueden proporcionar aproximaciones a lo que se considera un desarrollo típico, las investigaciones recientes sobre las diferencias individuales tempranas ponen de manifiesto el papel importante que tienen los cuidadores a la hora de proporcionar un desarrollo positivo de alta calidad y entornos educativos para bebés y niños pequeños (López et al., 2020; Ramírez, Lytle & Kuhl, 2020). [1]

Principio no. 7: el período desde el nacimiento hasta los tres años es un período de desarrollo distinto que constituye la base para el desarrollo posterior.

Los períodos de crecimiento y cambios rápidos, como la infancia, ofrecen las mejores oportunidades para que las experiencias o las intervenciones influyan en el curso del desarrollo (Raikes, Love & Chazan-Cohen, 2004). Las relaciones y las experiencias que influyen en el desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años pueden tener un impacto profundo y duradero. Por ejemplo, las experiencias durante la infancia afectan a la arquitectura del cerebro o a la forma en que el cerebro está “cableado” (Center on the Developing Child, 2007), así como al funcionamiento del cerebro, incluida la rapidez con la que piensa; cómo establece conexiones y recuerda; cómo presta atención a la información; y cómo forma ideas, conceptos e interpretaciones (Fernald, Perfors & Marchman, 2006; Rose, Feldman, Jankowski & Van Rossem, 2008). La infancia y la niñez se caracterizan por un rápido crecimiento y por el desarrollo de conceptos, actitudes, habilidades y capacidades que son fundamentales para el desarrollo actual, el éxito posterior en la escuela y el aprendizaje permanente (Domond et al., 2020; Early Head Start National Resource Center, 2012; Losier et al., 2021). [1]



Figura 1.3.1: Lo divertido de explorar. (Imagen por Senjuti Kundu en Unsplash)

Fuentes de imágenes

[1] Horm et al., (2016). Developmental foundations of school readiness for infants and toddlers: A research to practice report.

[2] Informe de la OPRE no. 2016-07, Washington, DC: Oficina de Planificación, Investigación y Evaluación, Administración de Asuntos de Niños y Familias, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. En el dominio público.

1.3: ¿Qué significa el cuidado y la educación de bebés y niños pequeños? is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.4: Principios orientadores del cuidado y de la educación de bebés y niños pequeños

Cuidado y educación de bebés y niños pequeños

¿Qué significa el cuidado y la educación de bebés y niños pequeños? Quizás, sea más claro empezar describiendo lo que no es. El cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños no es un servicio de niñera. Hacer de niñera o vigilar a un niño y asegurarse de que está a salvo es apenas la mínima parte de lo que esto significa. Los tres primeros años de la vida de un niño son una base fundamental para su desarrollo posterior, por lo que los cuidadores deben aplicar estrategias respaldadas por la investigación para crear experiencias seguras y estimulantes con relaciones de calidad en el aula.



Figura 1.4.1: Copy and Paste Caption here. (Copyright; author via source)

El cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños no es preescolar. Aunque hay muchos enfoques pedagógicos preescolares diferentes, con frecuencia giran en torno a los horarios de las actividades de mesa, el tiempo en ronda y el juego en el salón o al aire libre. ¿Debería ser similar para los bebés y para los niños pequeños? Para algunos, la educación infantil es igual que el preescolar o, al menos, el objetivo es que sea lo más parecido posible al preescolar. Las actividades pueden ser diferentes y la asignación de tiempo a las actividades puede variar, pero muchos programas para bebés y niños pequeños intentan ser réplicas de los planes de estudio de preescolar, con un enfoque diluido.

El cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños es y debe ser muy diferente del plan de estudios de preescolar. El término plan de estudios se utiliza cada vez con más frecuencia en referencia a los bebés y los niños pequeños, pero tiene un significado diferente al que se suele considerar cuando se piensa en el plan de estudios. ¿En qué piensa cuando considera el término plan de estudios? ¿Se imagina un libro de plan de estudios que establezca las actividades diarias con temas semanales y mensuales? Esto es común en muchos entornos preescolares. El plan de estudios para bebés y niños pequeños es diferente. El plan de estudios para niños menores de tres años se centra en las relaciones mientras se observan de cerca y se reflexiona sobre las interacciones y las experiencias que aparecen de a poco.

1.4: Principios orientadores del cuidado y de la educación de bebés y niños pequeños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.5: ¿Por qué es importante el cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños?

El rápido crecimiento que se produce durante los primeros tres años de la vida de un niño no tiene precedentes y establece una base de desarrollo para los años futuros. Las experiencias que tienen los bebés y los niños pequeños están relacionadas con las trayectorias de crecimiento a corto y a largo plazo. Los años durante la infancia y la niñez no sólo están asociados a la preparación para la escuela, sino que también los tres primeros años constituyen una sabia inversión para los resultados académicos y de desarrollo a largo plazo.

¿Preparación escolar para bebés y niños pequeños?

Hasta hace muy poco, la mayor parte de los trabajos sobre preparación escolar se han centrado en el período preescolar. De hecho, el propio término de preparación escolar es controvertido cuando se aplica a los bebés y a los niños pequeños. La preparación escolar muchas veces conlleva la idea de que los aspectos académicos formales, como las letras y los números, se presentan de una manera que no es adecuada para el desarrollo de los bebés y los niños pequeños. Sin embargo, a medida que el término 'preparación escolar' se ha ido definiendo de forma más amplia y se ha expandido la base de investigación que documenta los fundamentos importantes para el aprendizaje posterior que se establece durante los primeros tres años, las familias, los programas que atienden a los bebés y los niños pequeños, y los legisladores han ido aceptando cada vez más que la preparación escolar comienza en la infancia.

Varias organizaciones han publicado orientaciones y elaborado recursos para los programas, los profesionales y las familias sobre cómo pensar y ofrecer servicios para apoyar las bases de la preparación escolar de los bebés y los niños pequeños. Por ejemplo, en 2013, la National Association for the Education of Young Children (NAEYC) publicó un libro titulado *Developmentally Appropriate Practice*: *Focus on Infants and Toddlers* dedicado a definir y a implementar el concepto de práctica adecuada para el desarrollo, para los profesores y los cuidadores que trabajan en programas para bebés y niños pequeños (Copple, Bredekamp, Koralek & Charner, 2013). La Oficina de Head Start también ha brindado orientación a los programas al establecer el marco para los programas que atienden a bebés y niños pequeños y sus familias, y el marco de participación de los padres, la familia y la comunidad (Parent, Family, and Community Engagement, PFCE). En la Figura 2.5.1, se presenta el marco para los programas que atienden a los bebés y niños pequeños. Un aspecto importante del marco de Early Head Start es la relación entre la prestación de servicios de calidad superior y el crecimiento y desarrollo de los niños. La calidad del servicio para la primera infancia es multidimensional y abarca no solo las características del personal, sino también la calidad de las interacciones y las relaciones entre los miembros del personal, y los niños y progenitores con los que trabajan. Los estados también han publicado las expectativas para los bebés, niños pequeños y sus cuidadores (National Center on Child Care Quality Improvement, 2019). A partir de 2019, todos los estados de Estados Unidos han elaborado directrices para el desarrollo del aprendizaje temprano para los niños en edad preescolar (de 3 a 5 años); y la mayoría de los estados, aunque no todos, tienen directrices para el desarrollo del aprendizaje temprano que incluyen a los bebés y a los niños pequeños o los tratan por separado. [1] [2]

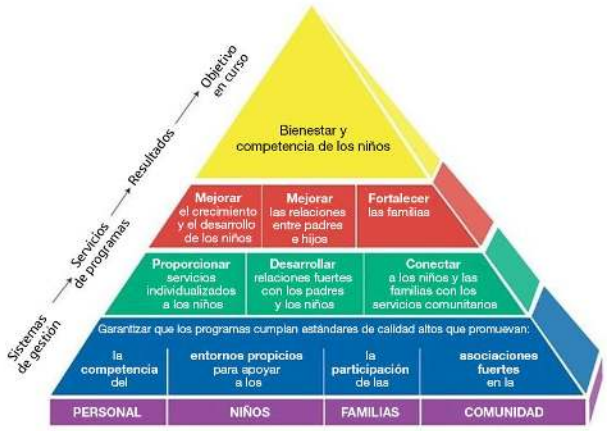


Figura 1.5.1: El bienestar y la competencia de los niños mejoran el crecimiento y el desarrollo de los niños, mejoran las relaciones entre hijos y progenitores, fortalecen a las familias, proporcionan a los niños servicios individualizados, fomentan relaciones sólidas con los progenitores y los niños, y vinculan a los niños y a las familias con los servicios de la comunidad. Asegúrese de que los programas cumplen con los estándares de calidad superior que fomentan: la competencia del personal, los entornos propicios para apoyar al niño y la participación de asociaciones de familias sólidas en la comunidad. (Imagen de Vogel et al., [2015] Toddlers in Early Head Start: A portrait of 2-year-olds, their families, and the programs serving them)

El período de bebés y niños pequeños es una oportunidad para apoyar el desarrollo óptimo de los niños pequeños y establecer un camino positivo para la preparación escolar y el éxito de por vida. También es cierto que todas las oportunidades implican un riesgo. Uno de los riesgos de implementar el concepto de preparación escolar a los bebés y a los niños pequeños es la tentación de canalizar las prácticas creadas para los preescolares a los niños menores de tres años. Para evitar este riesgo, es necesario prestar atención a las características exclusivas del desarrollo de los bebés y los niños pequeños, y reflexionar de forma intencionada para garantizar que las actividades e interacciones sean adecuadas para la edad. [1]

Cuidado y educación de bebés y niños pequeños: una sabia inversión

Las experiencias que reciben los bebés y los niños pequeños durante los tres primeros años de vida pueden tener un impacto duradero en su evolución posterior, sus logros académicos y sus ingresos en la adultez. Aunque hay numerosos estudios que documentan los beneficios a largo plazo de invertir en los años de preescolar (Bai, Ladd, Muschkin & Dodge, 2020; Deming, 2009; Fisher, Barker & Blaisdell, 2020; Joo et al., 2020; Knudsen, Heckman, Cameron & Shonkoff, 2006; Nores, Belfield, Barnett & Schweinhart, 2005), estudios más recientes han revelado que invertir en los años durante la infancia y la niñez también tiene beneficios importantes y duraderos.

Cuando los niños asisten a programas en centros de cuidado infantil o a programas de cuidado infantil con la familia cuando son bebés, tienen más probabilidades de graduarse en la escuela secundaria (en comparación con el abandono escolar) y menos probabilidades de ser pobres cuando son adultos (Domond et al., 2020; Gertler et al., 2014; Losier et al., 2021). Asistir a programas en centros de cuidado infantil, en comparación con el cuidado informal, como el de un familiar, puede tener un impacto duradero y positivo en el desarrollo socioemocional, lingüístico y cognitivo del niño (Davies et al., 2021; Felfe & Lalive, 2014; Gomajee et al., 2018; Hansen & Hawkes, 2009; Luijk et al., 2015; Orri et al., 2019). Los bebés y los niños pequeños que asistieron a un programa en centros de cuidado infantil durante al menos un año vieron los mayores beneficios sociales y emocionales más adelante en la infancia (Gomajee et al., 2018). Durante la pandemia de la COVID-19, los bebés y los niños pequeños que asistieron a programas de cuidado grupal, en comparación con los que recibieron cuidado informal, tuvieron mayores capacidades cognitivas (Davies et al., 2021).

En Chile, los niños pequeños que asistieron a un centro de cuidado tuvieron mayores puntuaciones cognitivas y de lenguaje en comparación con los niños pequeños que recibieron cuidado informal (Narea, Arriagada & Allel, 2020; Narea, Toppelberg, Irarrázaval & Xu, 2020).



Figura 1.5.2: Una cuidadora y un bebé interactuando. (Imagen por Dragon Pan en Unsplash)

Los mejores beneficios de invertir en la infancia y la niñez pueden ser para los niños que están en mayor riesgo (Felfe & Lalive, 2014). Uno de los factores de riesgo para obtener resultados óptimos en el desarrollo infantil es el bajo SES. El SES es un constructo multidimensional que combina factores, como la educación, la ocupación y los ingresos de la persona (o de sus progenitores) (McLoyd, 1998). En 2020, había 37.2 millones de personas en situación de pobreza en Estados Unidos, unos 3.3 millones más que en 2019 (United States Census Bureau, 2012). Aproximadamente el 40 % de los bebés y los niños pequeños viven en hogares con bajos ingresos o en situación de pobreza (Keating et al., 2021). En California, los bebés y los niños pequeños de color tienen más probabilidades de crecer en la pobreza (Keating et al., 2021). En la Figura 2.5.3, se muestra el porcentaje de niños menores de tres años en California, por raza, que viven en la pobreza. En comparación con solo el 7 % de los niños blancos, el 39.2 % de los niños indios americanos o nativos de Alaska, el 31.8 % de los niños negros y el 22.2 % de los niños hispanos crecen en la pobreza (Keating et al., 2021). [3] [4]

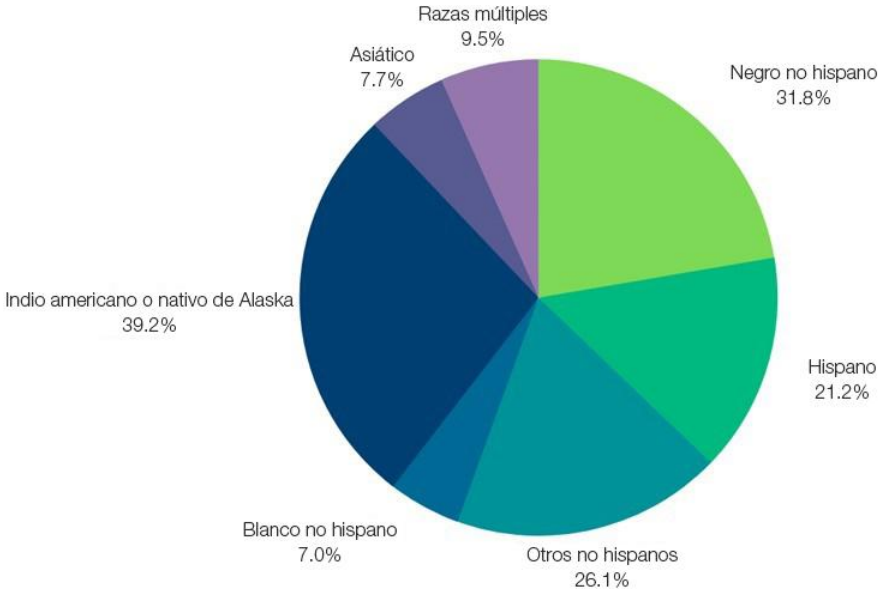


Figura 1.5.3: Porcentaje de bebés y niños pequeños en California en situación de pobreza, por raza. Asiático: 7.7 %; varias razas: 9.5 %; negro no hispano: 31.8 %; hispano: 21.2 %; otros no hispanos 26.1 %; blanco no hispano: 7.0 %; indio americano o nativo de Alaska: 39.2 %. (Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0) [5]

El impacto negativo que el SES puede tener en el desarrollo de los niños comienza a mostrar un efecto durante los primeros tres años. A los 18 meses, se observaron disparidades significativas en el vocabulario y en la eficacia del procesamiento del lenguaje entre los bebés de familias de mayor SES y de menor SES. De hecho, a los 24 meses, hay una brecha de seis meses entre los grupos de SES en la capacidad de procesar el lenguaje (Fernald et al., 2013). Es importante destacar que estas diferencias tempranas no se desvanecen. Las capacidades lingüísticas más fuertes cuando son niños pequeños están relacionadas con capacidades lingüísticas más fuertes y mejores capacidades cognitivas más adelante en la infancia (Gilkerson et al., 2018; Marchman & Fernald, 2008). Ya a los 21 meses de edad, los niños pequeños de familias de mayor SES tienen mejores habilidades lingüísticas y de memoria (Noble et al., 2015). [6]

Las diferencias de desarrollo tempranas relacionadas con el SES pueden incluso evidenciarse a partir de la investigación del cerebro (Lange et al., 2010; Jednoróg et al., 2012; Hanson, Chandra, Wolfe & Pollak, 2011; Noble, Houston, Kan & Sowell, 2012; Luby et al., 2013; Hanson et al., 2013). Por ejemplo, en la Figura 2.5.4, se muestra la trayectoria del crecimiento total de la materia gris desde los 5 hasta los 37 meses. Si se observa el tejido del cerebro, hay regiones que contienen principalmente cuerpos celulares neuronales, y dendritas y regiones que se componen en gran parte solo de axones. Estas dos regiones suelen denominarse materia gris (las regiones con muchos cuerpos celulares y dendritas) o materia blanca (las regiones con muchos axones mielinizados). Durante la infancia, las diferencias de los SES son mínimas, pero al final del primer año y a lo largo de la primera infancia surge un patrón claro, ya que los niños pequeños de familias de un SES alto tienen una trayectoria más rápida y un mayor volumen general de crecimiento de la materia gris, seguidos por los niños de un SES medio. Los niños de familias con el SES más bajo tienen la trayectoria más lenta y el menor volumen general de la materia gris a los 37 meses. [7] [8]

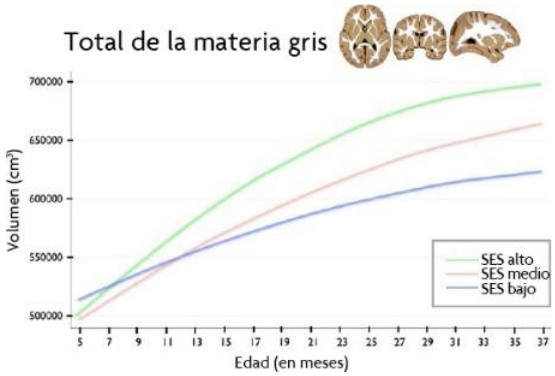


Figura 1.5.4: Trayectoria de crecimiento de la materia gris total de 5 a 37 meses. La edad en meses se muestra en el eje horizontal, que abarca desde los 5 hasta los 37 meses. El volumen total de la materia gris se muestra en el eje vertical. La línea azul muestra a los niños de hogares de un SES bajo; los niños de hogares de un SES medio se muestran en rojo. La línea verde muestra a los niños de los hogares de un SES alto. ([9])

El impacto negativo que el SES puede tener en el desarrollo de los niños es una preocupación en todo el mundo. América Latina es una región que lucha contra la desigualdad de la riqueza. Tras examinar a niños pequeños de cinco países latinoamericanos, las diferencias en las habilidades lingüísticas entre los grupos de mayor y menor riqueza surgieron a los tres años (Schady et al., 2014). En Ecuador y en Colombia, los niños de familias de mayor SES obtienen mejores puntuaciones en las evaluaciones lingüísticas y cognitivas, y la relación entre el SES y la capacidad no hace más que ampliarse con el tiempo (Paxson & Schady, 2007; Rubio-Codina et al., 2015; Schady, 2011). A los dos años, surgieron diferencias estadísticamente significativas en el coeficiente intelectual entre los niños británicos de familias de alto y bajo SES (Von Stumm & Plomin, 2015). Se descubrió mediante un estudio entre países de niños de la India, Indonesia, Perú y Senegal que las diferencias en las puntuaciones de desarrollo infantil surgían ya a los nueve meses en los niños de los grupos de mayor y menor SES (Fernald, Kariger, Hidrobo & Gertler, 2012). Un estudio de Bangladés encontró diferencias cognitivas entre los grupos de SES en los bebés de siete meses (Hamadani et al., 2014). [6]

La calidad de la atención y la educación en los programas de cuidado grupal durante los primeros tres años puede ser un factor importante para reducir el impacto que el SES puede tener en la trayectoria de desarrollo de los niños (Felfe & Lalive, 2014; Holochwost et al., 2021). Los niños de familias de bajo SES obtienen puntuaciones más bajas en la preparación y el rendimiento académico, a menos que los niños hayan asistido a un programa formal de cuidado de niños durante sus primeros cuatro años de vida, incluso durante la infancia y la niñez (Geoffroy et al., 2010). Los bebés y los niños pequeños de familias de bajo SES expuestos al cuidado infantil en centros demuestran mejores puntuaciones en lectura, escritura y matemáticas que los niños de bajo SES que nunca fueron a programas en centros de cuidado infantil (Laurin et al., 2015). Los niños de familias de bajo SES que empiezan a ir a un centro a los cinco meses tienen mejores habilidades de lectura y matemáticas que los bebés y los niños pequeños que no empiezan hasta los dieciocho meses o más tarde. Los niños pequeños a los que sus cuidadores les leen todos los días obtienen mejores resultados en lectura y matemáticas cuando tienen cuatro años (Lombardi, Fisk & Cook, 2021). Los niños que asistían a programas de cuidado infantil a los nueve meses tenían mayores capacidades cognitivas más tarde como niños de tres años (Côté, Doyle, Petitclerc & Timmins, 2013). Aunque la interacción entre el SES y el desarrollo infantil es compleja, las investigaciones indican que el cuidado en centros está relacionado con mejores resultados de desarrollo debido a la cantidad y a la calidad del lenguaje compartido entre los cuidadores y los niños, además de tener experiencias cognitivamente estimulantes (Davis et al., 2021; Lombardi, Fisk & Cook, 2021).

Fuentes de imágenes

[1] "Early learning and development guidelines" del National Center on Child Care Quality Improvement es de dominio público.

[2] "Income and Poverty in the United States: 2020" de la United States Census Bureau es de dominio público.

[3] Brito & Noble (2014). Socioeconomic status and structural brain development. *Frontiers in Neuroscience*, *8*, 276. CC by 3.0

[4] "Income and Poverty in the United States: 2020" de la United States Census Bureau es de dominio público.

[5] Imagen por Todd LaMarr con licencia CC by 4.0.

[6] Los datos proceden de Keating, Cole & Schneider, A. (2021) State of babies yearbook: 2021. Washington, DC. ZERO TO THREE

[7] Reynolds (2021) Center-Based Child Care and Differential Improvements in the Child Development Outcomes of Disadvantaged Children. *Child & Youth Care Forum*. CC by 4.0

[8] Brito & Noble (2014). Socioeconomic status and structural brain development. *Frontiers in Neuroscience*, *8*, 276. CC by 3.0

[9] "Anatomy and Physiology" en OpenStax tiene licencia CC by 4.0.

[10] Imagen de Hanson et al., (2013). Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *PloS One*, *8*(12), e80954. CC by 4.0

1.5: ¿Por qué es importante el cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños? is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.6: Conclusión

Cuidado y desarrollo: conclusión

El desarrollo que tiene lugar durante los primeros tres años es distinto al que se produce en cualquier otro período. El crecimiento de la personalidad, las habilidades físicas y el lenguaje son rápidos, y poder presenciar el proceso de cómo se desarrolla es realmente notable. Sin embargo, las experiencias a las que los niños están expuestos durante este tiempo (positivas y negativas) pueden tener un impacto directo en sus trayectorias de desarrollo. Los bebés y los niños pequeños no son un grupo homogéneo. Es esencial reconocer las diversas diferencias individuales entre los niños porque pueden afectar la trayectoria de desarrollo exclusiva de cada niño. Invertir en los tres primeros años puede dar resultados a largo plazo. Para favorecer un desarrollo óptimo, los cuidadores deben establecer interacciones de calidad y crear entornos estimulantes que fomenten las relaciones positivas y las experiencias de aprendizaje.

1.6: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

1.7: Referencias

Adolph, K. E., Cole, W. G., Komati, M., Garciaguirre, J. S., Badaly, D., Lingeman, J. M., Chan, G. & Sotsky, R. B. (2012). How do you learn to walk? Thousands of steps and dozens of falls per day. *Psychological Science*, *23*(11), 1387-1394.

Bai, Y., Ladd, H. F., Muschkin, C. G., & Dodge, K. A. (2020). Long-term effects of early childhood programs through eighth grade: Do the effects fade out or grow? *Children and Youth Services Review*, 104890.

Bernier, A., Calkins, S. D., & Bell, M. A. (2016). Longitudinal associations between the quality of mother–infant interactions and brain development across infancy. *Child Development*, *87*(4), 1159-1174.

Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Bohr, Y., Abdelmaseh, M., Lee, C. Y., & Esposito, G. (2020). Maternal sensitivity and language in infancy each promotes child core language skill in preschool. *Early Childhood Research Quarterly*, *51*, 483-489.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Volume 1: Theoretical models of human development* (6.a edición., pág. 793-828). New York, NY: John Wiley.

Carina, L. Ü. K. E., Leinweber, J., & Ritterfeld, U. (2019). Walking, pointing, talking–the predictive value of early walking and pointing behavior for later language skills. *Journal of Child Language*, *46*(6), 1228-1237.

Center on the Developing Child at Harvard University. (2007). *A science-based framework for early childhood policy: Using evidence to improve outcomes in learning, behavior, and health for vulnerable children*. Cambridge, MA. Extraído de http://www.developingchild.harvard.edu.

Copple, C., Bredekamp, S., Koralek, D., & Charner, K. (2013). *Developmentally appropriate practice: Focus on infants and toddlers*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Côté, S. M., Doyle, O., Petitclerc, A., & Timmins, L. (2013). Child care in infancy and cognitive performance until middle childhood in the millennium cohort study. *Child Development*, *84*(4), 1191-1208.

Davies, C., Hendry, A., Gibson, S. P., Gliga, T., McGillion, M., & Gonzalez-Gomez, N. (2021). Early childhood education and care (ECEC) during COVID-19 boosts growth in language and executive function. *Infant and Child Development*, e2241.

Deming, D. (2009). Early childhood intervention and life-cycle skill development: Evidence from Head Start. *American Economic Journal: Applied Economics*, *1*(3), 111-34.

Domond, P., Orri, M., Algan, Y., Findlay, L., Kohen, D., Vitaro, F., Tremblay, R. E. & Côté, S. M. (2020). Child care attendance and educational and economic outcomes in adulthood. *Pediatrics*.

Early Head Start National Resource Center. (2012). *School readiness goals for infants and toddlers in Head Start and Early Head Start Programs: Examples from the Early Head Start National Resource Center*. Washington, DC: Zero To Three.

Felfe, C., & Lalive, R. (2014). Does early child care help or hurt children's development? *Journal of Public Economics*, *59*.

Fernald, A., Marchman, V. A., & Weisleder, A. (2013). SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental Science*, *16*(2), 234-248.

Fernald, A., Perfors, A., & Marchman, V. A. (2006). Picking up speed in understanding: Speech processing efficiency and vocabulary growth across the 2nd year. *Developmental Psychology*, *42*(1), 98.

Fernald, L. C., Kariger, P., Hidrobo, M., & Gertler, P. J. (2012). Socioeconomic gradients in child development in very young children: Evidence from India, Indonesia, Peru, and Senegal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(2), 17273-17280.

Fisher, P. A., Barker, T. V., & Blaisdell, K. N. (2020). A glass half full and half empty: The state of the science in early childhood prevention and intervention research. *Annual Review of Developmental Psychology*, *2*, 269-294.

Frank, M. C., Braginsky, M., Yurovsky, D., & Marchman, V. A. (2021). *Variability and consistency in early language learning: The Wordbank project*. MIT Press.

García-Sierra, A., Ramírez-Esparza, N., Wig, N., & Robertson, D. (2021). Language learning as a function of infant directed speech (IDS) in Spanish: Testing neural commitment using the positive-MMR. *Brain and Language*, *212*, 104890.

Geoffroy, M. C., Côté, S. M., Giguère, C. É., Dionne, G., Zelazo, P. D., Tremblay, R. E., Bolvin, M. & Séguin, J. R. (2010). Closing the gap in academic readiness and achievement: The role of early childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(12), 1359-1367.

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S. M. & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science, 344*(6187), 998-1001.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics, 142*(4).

Golinkoff, R. M., Hoff, E., Rowe, M. L., Tamis-LeMonda, C. S., & Hirsh-Pasek, K. (2019). Language matters: Denying the existence of the 30-million-word gap has serious consequences. *Child Development, 90*(3), 985-992.

Gomajee, R., El-Khoury, F., Côté, S., van der Waerden, J., Pryor, L., & Melchior, M. (2018). Early childcare type predicts children's emotional and behavioural trajectories into middle childhood. Datos del estudio EDEN de cohorte madre-hijo. *Journal of Epidemiology and Community Health, 72*(11), 1033-1043.

Brigance, A. H. (2012). Scientific thinking in young children: Theoretical advances, empirical research, and policy implications. *Science, 337*(6102), 1623-1627.

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn*. William Morrow & Co.

Graf Estes, K., & Hurley, K. (2013). Infant-directed prosody helps infants map sounds to meanings. *Infancy, 18*(5), 797-824.

Hamadani, J. D., Tofail, F., Huda, S. N., Alam, D. S., Ridout, D. A., Attanasio, O., & Grantham-McGregor, S. M. (2014). Cognitive deficit and poverty in the first 5 years of childhood in Bangladesh. *Pediatrics, 134*(4), e1001-e1008.

Hansen, K., & Hawkes, D. (2009). Early childcare and child development. *Journal of Social Policy, 38*(2), 211-239.

Hanson, J. L., Chandra, A., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2011). Association between income and the hippocampus. PloS One, 6(5), e18712.

Hanson, J. L., Hair, N., Shen, D. G., Shi, F., Gilmore, J. H., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2013). Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *PloS One, 8*(12), e80954.

He, M., Walle, E. A., & Campos, J. J. (2015). A cross-national investigation of the relationship between infant walking and language development. *Infancy, 20*(3), 283-305.

Holochwost, S. J., Gomes, L. A., Propper, C. B., Brown, E. D., & Iruka, I. U. (2021). Child care policy as an anti-poverty strategy: The need to address neurophysiological self-regulation. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 8*(2), 208-216.

Jednoróg, K., Altarelli, I., Monzalvo, K., Fluss, J., Dubois, J., Billard, C., Dehaene-Lambertz, G. & Ramus, F. (2012). The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One, 7*, e42486.

Joo, Y. S., Magnuson, K., Duncan, G. J., Schindler, H. S., Yoshikawa, H., & Ziol-Guest, K. M. (2020). What works in early childhood education programs?: A meta–analysis of preschool enhancement programs. *Early Education and Development, 31*(1), 1-26.

Karasik, L. B., Adolph, K. E., Tamis-LeMonda, C. S., & Zuckerman, A. L. (2012). Carry on: Spontaneous object carrying in 13-month-old crawling and walking infants. *Developmental Psychology, 48*(2), 389.

Keating, K., Daily, S., Cole, P., Murphey, D., Pina, G., Ryberg, R., Moron, L., & Laurore, J. (2021). State of Babies Yearbook: 2019. Washington, DC: ZERO TO THREE & Bethesda MD: Child Trends.

Kidd, E., Donnelly, S., & Christiansen, M. H. (2018). Individual differences in language acquisition and processing. *Trends in Cognitive Sciences, 22*(2), 154-169.

King, L. S., Camacho, M. C., Montez, D. F., Humphreys, K. L., & Gotlib, I. H. (2021). Naturalistic language input is associated with resting-state functional connectivity in infancy. *Journal of Neuroscience, 41*(3), 424-434.

Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., & Shonkoff, J. P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 103*(27), 10155-10162.

Lange, N., Froimowitz, M. P., Bigler, E. D., Lainhart, J. E., & Brain Development Cooperative Group. (2010). Associations between IQ, total and regional brain volumes, and demography in a large normative sample of healthy children and adolescents. *Developmental Neuropsychology*, *35*(3), 296-317.

Larose, M. P., Côté, S. M., Ouellet-Morin, I., Maughan, B., & Barker, E. D. (2021). Promoting better functioning among children exposed to high levels of family adversity: The protective role of childcare attendance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(6), 762-770.

Laurin, J. C., Geoffroy, M. C., Boivin, M., Japel, C., Raynault, M. F., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2015). Child care services, socioeconomic inequalities, and academic performance. *Pediatrics*, *136*(6), 1112-1124.

Li, W., Devine, R. T., Ribner, A., Emmen, R. A., Mi-lan, J. W., Branger, M. C., Wang, L., van Ginkele, J., Alink, L. & Mesman,

J. (2022). The role of infant attention and parental sensitivity in infant cognitive development in the Netherlands and China.

Journal of Experimental Child Psychology, *215*, 105324.

Loi, E. C., Vaca, K. E., Ashland, M. D., Marchman, V. A., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2017). Quality of caregiver-child play interactions with toddlers born preterm and full term: Antecedents and language outcome. Early Human Development, 115, 110-117.

Lombardi, C. M., Fisk, E., & Cook, K. D. (2021). Do child care characteristics during toddlerhood explain income-based gaps in reading and math skills at preschool? *Children and Youth Services Review, 131*, 106285.

Lopez, L. D., Walle, E. A., Pretzer, G. M., & Warlaumont, A. S. (2020). Adult responses to infant prelinguistic vocalizations are associated with infant vocabulary: A home observation study. *Plos One*, *15*(11), e0242232.

Losier, T., Orri, M., Boivin, M., Larose, S., Japel, C., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2021). The associations between child- care services during the preschool years and high school graduation: A 20-year longitudinal population-based study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*.

Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M. P., Babb, C., Nishino, T. & Barch, D. (2013). The effects of poverty on childhood brain development: The mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA Pediatrics*, *167*(12), 1135-1142.

Luijk, M. P. C. M., Linting, M., Henrichs, J., Herba, C. M., Verhage, M. L., Schenk, J. J., Arends, L. R., Raat, H., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Tiemeier, H. & Van IJzendoorn, M. H. (2015). Hours in non-parental child care are related to language development in a longitudinal cohort study. *Child: Care, Health and Development*, *41*(6), 1188-1198.

Magnuson, K. A., Kelchen, R., Duncan, G. J., Schindler, H. S., Shager, H., & Yoshikawa, H. (2016). Do the effects of early childhood education programs differ by gender? A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, *36*, 521-536.

Maguire-Fong, M. J. (2014). *Teaching and learning with infants and toddlers: Where meaning-making begins*. Teachers College Press.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science*, *11*(3), F9-F16.

Masek, L. R., Paterson, S. J., Golinkoff, R. M., Bakeman, R., Adamson, L. B., Owen, M. T., ... & Hirsh-Pasek, K. (2020). Beyond talk: Contributions of quantity and quality of communication to language success across socioeconomic strata. *Infancy*, *26*(1), 123-147.

McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, *53*(2), 185.

Narea, M., Arriagada, V., & Allel, K. (2020). Center-based care in toddlerhood and child cognitive outcomes in Chile: The moderating role of family socio-economic status. *Early Education and Development*, *31*(2), 218-233.

Narea, M., Toppelberg, C. O., Irarrázaval, M., & Xu, J. (2020). Maternal and non-maternal care in infancy and later child cognitive, language and motor development in Chile: Does type of care matter? *Early Childhood Research Quarterly*, *51*, 204-214.

National Center on Child Care Quality Improvement. (2019). *Early learning and development guidelines*. Disponible en https://childcareta.acf.hhs.gov/resource/state-early-learning-standards-and-guidelines.

Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: the case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*.

Noble, K. G., Engelhardt, L. E., Brito, N. H., Mack, L. J., Nail, E. J., Angal, J., Barr, R., Fifer, W. P., Elliott, A. J. & PASS Network. (2015). Socioeconomic disparities in neurocognitive development in the first two years of life. *Developmental Psychobiology*, *57*(5), 535-551.

Noble, K. G., Houston, S. M., Kan, E., & Sowell, E. R. (2012). Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain. *Developmental Science*, *15*(4), 516-527.

Nores, M., Belfield, C. R., Barnett, W. S., & Schweinhart, L. (2005). Updating the economic impacts of the High/Scope Perry preschool program. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, *27*(3), 245-261.

Orri, M., Tremblay, R. E., Japel, C., Boivin, M., Vitaro, F., Losier, T., Brendgen, M. R., Falissard, B., Melchior, M., & Côté, S.

M. (2019). Early childhood child care and disruptive behavior problems during adolescence: a 17-year population-based propensity score study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(11), 1174-1182.

Oudgenoeg-Paz, O., Volman, M. C. J., & Leseman, P. P. (2012). Attainment of sitting and walking predicts development of productive vocabulary between ages 16 and 28 months. *Infant Behavior and Development*, *35*(4), 733-736.

Paxson, C., & Schady, N. (2007). Cognitive development among young children in Ecuador the roles of wealth, health, and parenting. *Journal of Human Resources*, *42*(1), 49-84.

Pérez-Edgar, K., Vallorani, A., Buss, K. A., & LoBue, V. (2020). Individual differences in infancy research: Letting the baby stand out from the crowd. *Infancy*, *25*(4), 438-457.

Raby, K. L., Freedman, E., Yarger, H. A., Lind, T., & Dozier, M. (2019). Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*, *22*(2), e12753.

Raikes, H., Love, J., & Chazan-Cohen, R. (2004). Infant-toddler intervention on the road to school readiness: Lessons from early head start. *Harvard Family Research Project the Evaluation Exchange*, 22-23.

Ramírez, N. F., Lytle, S. R., & Kuhl, P. K. (2020). Parent coaching increases conversational turns and advances infant language development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117*(7), 3484-3491.

Rose, S. A., Feldman, J. F., Jankowski, J. J., & Van Rossem, R. (2008). A cognitive cascade in infancy: Pathways from prematurity to later mental development. *Intelligence*, *36*(4), 367-378.

Rowe, M. L., & Weisleder, A. (2020). Language development in context. *Annual Review of Developmental Psychology*, *2*, 201-223.

Rubio-Codina, M., Attanasio, O., Meghir, C., Varela, N., & Grantham-McGregor, S. (2015). The socioeconomic gradient of child development: Cross-sectional evidence from children 6–42 months in Bogota. *Journal of Human Resources*, *50*(2), 464-483.

Brigance, A. H. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). A quarter-century of the transactional model: How have things changed? *Zero to Three*, *24*(1), 14-22.

Schady, N. (2011). Parents' education, mothers' vocabulary, and cognitive development in early childhood: Longitudinal evidence from Ecuador. *American Journal of Public Health*, *101*(12), 2299-2307.

Schady, N., Behrman, J., Araujo, M. C., Azuero, R., Bernal, R., Bravo, D., López-Boo, F., Macours, K., Marshall, D., Paxson,

C. & Vakis, R. (2014). *Wealth gradients in early childhood cognitive development in five Latin American countries*. The World Bank.

Schneider, J. L., & Iverson, J. M. (2021). Cascades in action: How the transition to walking shapes caregiver communication during everyday interactions. *Developmental Psychology*.

Shuffrey, L. C., Firestein, M. R., Kyle, M. H., Fields, A., Alcántara, C., Amso, D., Austin, J., Bain, J. M., Barbosa, J., Bence, M., Bianco, C., Fernández, C. R.,Goldman, S., Gyamfi-Bannerman, C., Hott, V., Hu, H.,Hussain, M.,Factor-Litvak, P., Lucchini, M., Mandel, A., Marsh, R.,McBrian, D.,Mourad, M.,Muhle, R.,Noble, K. G.,Penn, A. A.,Rodríguez, C., Sania, A., Silver, W. G.,O'Reilly, K. C.,Stockwell, M.,Tottenham, N., Welch, M. G.,Zork, N.,Fifer, W. P., Monk, C. & Dumitriu, D. (2022). Association of birth during the COVID-19 pandemic with neurodevelopmental status at 6 months in infants with and without in utero exposure to maternal SARS-CoV-2 infection. *JAMA Pediatrics*, e215563-e215563.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, *72*(3), 748-767.

Trude, A. C., Richter, L. M., Behrman, J. R., Stein, A. D., Menezes, A. M., & Black, M. M. (2020). Effects of responsive caregiving and learning opportunities during pre-school ages on the association of early adversities and adolescent human capital: an analysis of birth cohorts in two middle-income countries. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *5*(1), 37-46.

Veldman, S. L., Santos, R., Jones, R. A., Sousa-Sá, E., & Okely, A. D. (2019). Associations between gross motor skills and cognitive development in toddlers. *Early Human Development*, *132*, 39-44.

Von Stumm, S., & Plomin, R. (2015). Socioeconomic status and the growth of intelligence from infancy through adolescence.

Intelligence, *48*, 30-36.

Wade, M., Jenkins, J. M., Venkadasalam, V. P., Binnoon-Erez, N., & Ganea, P. A. (2018). The role of maternal responsiveness and linguistic input in pre-academic skill development: A longitudinal analysis of pathways. *Cognitive Development*, *45*, 125-140.

Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. *Psychological Science*, *24*(11), 2143-2152.

West, K. L., & Iverson, J. M. (2021). Communication changes when infants begin to walk. *Developmental Science*, e13102.

1.7: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

2: Resumen del desarrollo físico

2.1: Introducción
2.2: Aumento del peso corporal
2.3: Aumento de la longitud/altura del cuerpo
2.4: Aumento del perímetro cefálico
2.5: Variación mundial del crecimiento humano
2.6: Conclusión
2.7: Referencias

2: Resumen del desarrollo físico is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.1: Introducción

Introducción al desarrollo físico

Los bebés y los niños pequeños experimentan un enorme crecimiento físico durante los primeros tres años. Desde el aumento de peso y estatura que favorece su desarrollo motor hasta el aumento del perímetro cefálico que representa su rápido crecimiento cerebral. En la Figura 3.1.1, se muestran los cambios físicos en los primeros tres meses, y en la Figura 3.1.2, se muestran los cambios físicos de los 12 a los 36 meses. En esta sección, se explicará el aumento del peso, de la longitud/altura y del perímetro cefálico de los bebés y de los niños pequeños, y se examinarán patrones y diferencias importantes.



Figura 2.1.1: Niños de diferentes edades dentro del primer año. (Imágenes adaptadas de Unsplash)



Figura 2.1.2: Niños de diferentes edades entre uno y tres años. (Imágenes adaptadas de Unsplash)

2.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.2: Aumento del peso corporal

Resumen del aumento del peso corporal

El recién nacido promedio pesa unas 7.5 lb (3,400 g), aunque se considera que un peso saludable al nacer para un bebé a término está entre 5 lb 8 oz (2,500 g) y 8 lb 13 oz (4,000 g). Durante los primeros días de vida, los bebés suelen perder alrededor del 5 % de su peso corporal mientras eliminan residuos y se acostumbran a la alimentación. Esta pérdida de peso es temporal y va seguida de un rápido período de crecimiento. Cuando los bebés tienen 4 meses, su peso al nacer suele haberse duplicado; y, al año, su peso se ha triplicado. A los dos años, su peso se ha cuadruplicado. En la Figura 2.2.1, se muestra este rápido aumento de peso en niñas desde el nacimiento hasta los 24 meses. [1]

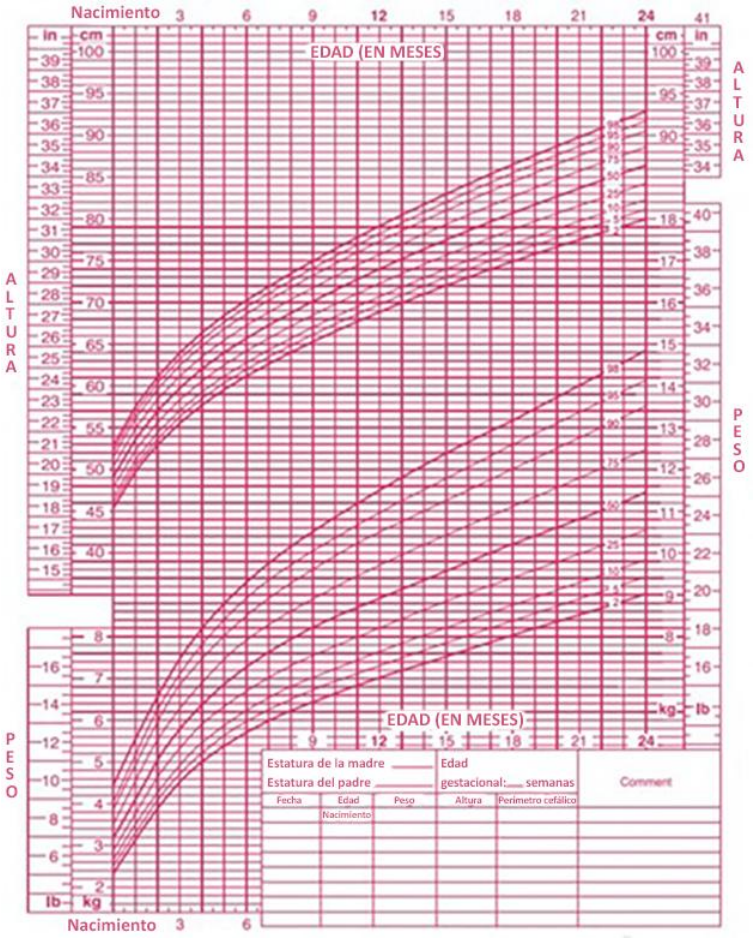


Figura 2.2.1: Percentiles de talla y peso en niñas de 0 a 24 meses. Vea las tablas de datos de los gráficos de crecimiento para encontrar un desglose de todas las cifras representadas en el gráfico. (La imagen de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention, CDC] es de dominio público).

Bajo peso al nacer

El peso al nacer varía, pero un peso al nacer demasiado bajo puede afectar de forma negativa el desarrollo del niño. El bajo peso al nacer (Low birthweight, LBW) se define como un peso al nacer inferior a 2,500 g o 5 lb y 8 oz, independientemente de la edad gestacional. El peso muy bajo al nacer (Very low birth weight, VLBW) es inferior a 1,500 g o 3 lb y 5 oz, y el peso extremadamente bajo al nacer (Extremely low birth weight, ELBW) es inferior a 1,000 g o 2 lb y 3 oz (Organización Mundial de la Salud, 2004). El LBW es un tema crítico, ya que el porcentaje de niños con LBW varía mucho entre países y entre grupos raciales/étnicos dentro del mismo país, y está relacionado con posibles problemas de desarrollo a largo plazo.

En los Estados Unidos, el porcentaje de bebés con LBW fue del 8.31 % en 2019; un aumento no significativo con respecto a 2018 (8.28 %), con mujeres negras (14.15 %) e hispanas/latinas (7.55 %) más propensas a tener hijos con LBW en comparación con las mujeres blancas (6.89 %) (Martin et al.., 2021). A nivel mundial, se calcula que entre el 14 % y el 20 % de todos los nacimientos,

es decir, más de 20 millones de recién nacidos al año, tienen LBW. En la Figura 2.2.1 se muestra las estimaciones nacionales y regionales de la prevalencia del bajo peso al nacer en 2015. El estudio específico del que se derivan estos datos estimó la prevalencia global de LBW en un 14.6 % (Blencowe et al., 2019). Los datos de este estudio también revelan importantes diferencias entre países. Se calcula que el 5.4 % de los bebés tienen LBW en Asia Oriental, el 14 % en África subsahariana y hasta el 26 % en Asia Meridional. Los países de ingresos bajos y medios tienen un número desproporcionado de recién nacidos con LBW, ya que más del 95 % de los bebés con bajo peso del mundo nacen en países de ingresos bajos y medios. En la Figura 2.2.2, se muestra el porcentaje de cambio de LBW desde el 2000 hasta el 2015. En todo el mundo y en distintas regiones, el porcentaje de LBW tiende a disminuir. Por ejemplo, en Asia Meridional, el porcentaje de bebés con LBW en el año 2000 era del 32.3 %, pero se redujo al 26.4 % en 2015. [2]

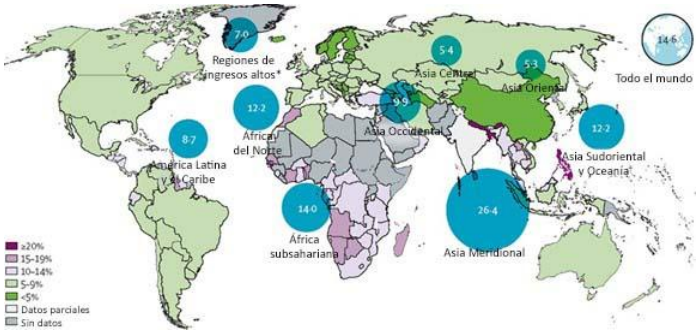


Figura 2.2.2: Estimaciones nacionales y regionales de la prevalencia del bajo peso al nacer en 2015. América Latina y el Caribe: 8.7, regiones de altos ingresos: 7.0, África del Norte: 12.2, África subsahariana: 14.0, Asia Occidental: 9.9, Asia Central: 5.4, Asia Meridional: 26.4, Asia Oriental: 5.3, Asia Sudoriental y Oceanía: 12.2, en todo el mundo: 14.6 ([3]).

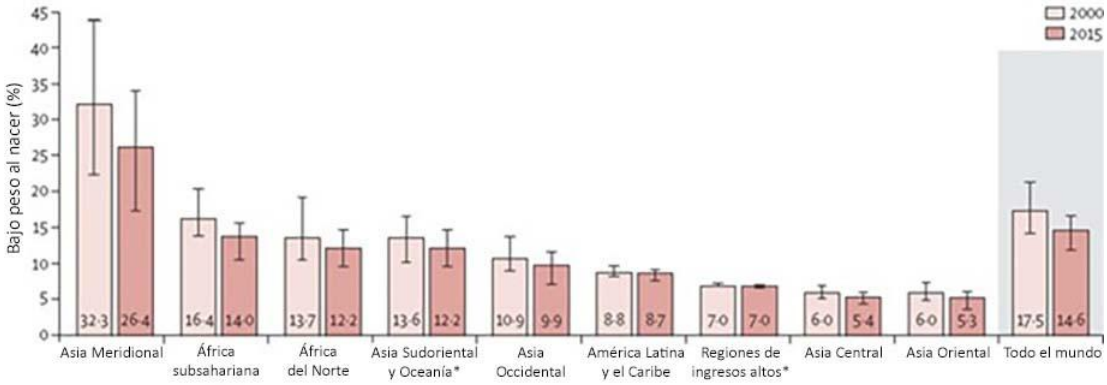


Figura 2.2.3: Porcentaje de cambio de LBW, del 2000 al 2015, en todo el mundo y en diferentes regiones. [4]

- Asia Meridional: 2000 32.3 %, 2015 26.4,
- África subsahariana: 2000 16.4 % 2015 14.0 %,
- África del Norte: 2000 13.7 % 2015 12.2 %,
- Sudeste de Asia y Oceanía: 2000
- 13.6 % 2015 12.2 %,
- Asia Occidental: 2000 10.9 % 2015 9.9 %,
- América Latina: 2000 8.8 % 2015 8.7 %, regiones de ingresos altos: 2000 7.0 % 2015 7.0 %,
- Asia Central: 2000 6.0 % 2015 5.4 %,
- Asia Oriental: 2000 6.0 % 2015 5.3 %,
- En todo el mundo: 2000 17.5 % 2015 14.6 %

Aunque existe una tendencia global a la baja de bebés con LBW, algunos países han tenido un aumento. México es un país situado en el sur de América del Norte que está formado por 32 estados. La incidencia de LBW en México, a nivel nacional, aumentó del 6.2 % en 2008 al 7.1 % en 2017. Como se muestra en la Figura 2.2.4, a nivel estatal, la ciudad de México informó la mayor incidencia, seguida por los estados del sureste y del centro (el estado de México, Aguascalientes y Yucatán). Sin embargo, los estados con mayor incremento se ubican en el norte del país (Baja California Sur, Nuevo León y Zacatecas). [5]



Id.	Estado	Id.	Estado	Id.	Estado	Id.	Estado	Id.	Estado	Id.	Estado	Id.	Estado	Id.	Estado
01	Aguascalientes	05	Coahuila	09	Ciudad de México	13	Hidalgo	17	Morelos	21	Puebla	25	Sinaloa	29	Tlaxcala
02	Baja California	06	Colima	10	Durango	14	Jalisco	18	Nayarit	22	Querétaro	26	Sonora	30	Veracruz
03	Baja California Sur	07	Chiapas	11	Guanajuato	15	México	19	Nuevo León	23	Quintana Roo	27	Tabasco	31	Yucatán
04	Campeche	08	Chihuahua	12	Guerrero	16	Michoacán	20	Oaxaca	24	San Luis Potosí	28	Tamaulipas	32	Zacatecas

Figura 2.2.4: Porcentaje de bebés con LBW en 2017, en 32 estados de México, tanto en niños como niñas. Recuento de estados y su porcentaje de bebés con bajo peso según el sexo: menos del 5 %: 0 hombres, 1 mujer; del 5.01 % al 6 %: 5 hombres, 10 mujeres; del 6.01 % al 7 %: 13 hombres, 6 mujeres; del 7.01 % al 8 %: 8 hombres, 9 mujeres; más del 8.01 %: 3 hombres, 3 mujeres.([6])

El LBW es un reto importante para la salud pública en todos los países y se asocia a una serie de posibles problemas de desarrollo (Evensen et al. , 2020; Longo et al., 2021; Van de Pol & Allegaert, 2020). Más del 80 % de las muertes neonatales corresponden a recién nacidos con LBW (Blencowe et al., 2012; Katz et al., 2013; Lee et al., 2013). Los recién nacidos con LBW también tienen un mayor riesgo de sufrir un retraso en el crecimiento durante la infancia, y problemas de desarrollo y salud física a largo plazo (Blencowe et al., 2013; Christian et al., 2013). Aproximadamente entre el 5 % y el 10 % de todos los bebés con VLBW tienen problemas motores importantes, mientras que entre el 25 % y el 50 % tienen problemas cognitivos, de comportamiento o de atención. Además, el LBW, especialmente el ELBW, se asocia con dificultades cognitivas, de lenguaje, de función ejecutiva y de aprendizaje a largo plazo (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Barre et al., 2011; Blasco et al., 2020; Grunau, Whitfield & Davis, 2002; Marchman *et al.*, 2019; Squarza et al., 2016; Zerbeto, Cortelo y& Filho, 2015). [7] [8]

El LBW es un tema fundamental que deben conocer los cuidadores de bebés y de niños pequeños, ya que las experiencias que tienen los niños con LBW durante los primeros tres años pueden reducir la gravedad de los problemas de desarrollo. Por ejemplo, cuando los bebés con LBW tienen altos niveles de cuidado sensible, mejoran sus habilidades de función ejecutiva más rápido y, para los cinco años, alcanzan a sus pares sin LBW en las habilidades de función ejecutiva (Camerota et al., 2015). Por el contrario, cuando los bebés con LBW tienen un cuidado sensible inferior a la media, siguen mostrando menores habilidades de función ejecutiva a lo largo de los primeros cinco años. La sensibilidad del cuidador se refiere a la respuesta del cuidador a un niño en el momento oportuno y a la capacidad de responder adecuadamente a sus necesidades. Además de la sensibilidad, la capacidad de reacción también es una característica importante. Los cuidados receptivos, o las interacciones en las que los cuidadores dan respuestas adecuadas a las señales del niño, conducen a una mayor capacidad lingüística en los niños pequeños con LBW (Madigan et al., 2015). El desarrollo del lenguaje en los bebés con LBW se ve favorecido cuando los cuidadores son receptivos y sensibles en sus cuidados y elaboran su comunicación (Loi et al., 2017; Spencer-Smith et al., 2019).[9]



Figura 2.2.5: [1]

Fuentes de imágenes

[1] "Physical Growth and Development in Newborns and Toddlers" por: Tera Jones de Lumen Learning.

[2] Cutland et al., (2017). Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*, *35*(48Part A), 6492.

[3] Imagen de Blencowe et al., (2019) National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, *7*(7), e849-e860. CC by 4.0

[4]Imagen de Blencowe et al., (2019) National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, *7*(7), e849-e860. CC by 4.0

[5] Ancira-Moreno et al., (2021). Incidence of low birth weight in Mexico: A descriptive retrospective study from 2008–2017. *Plos one*, *16*(9), e0256518. CC by 4.0

[6] Imagen de Ancira-Moreno et al., (2021) Incidence of low birth weight in Mexico: A descriptive retrospective study from 2008–2017. *Plos one*, *16*(9), e0256518. CC by 4.0

[7] Blencowe et al., (2019). National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, *7*(7), e849-e860. CC by 4.0

[8] Longo et al., (2021) Neurodevelopmental outcome of preterm very low birth weight infants admitted to an Italian tertiary center over an 11-year period. *Scientific Reports*, *11*(1), 1-10.

[9] Scherer *et al.*, (2019). The relationship between responsive caregiving and child outcomes: evidence from direct observations of mother-child dyads in Pakistan. *BMC Public Health*, *19*(1), 1-10. CC by 4.0

[10] Imagen de drz en Unsplash.

2.2: Aumento del peso corporal is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.3: Aumento de la longitud/altura del cuerpo

Aumento del cuerpo, de la longitud y de la altura del cuerpo

La longitud media de un recién nacido es de 19.5 in (49.5 cm), aumenta a 29.5 in (75 cm) a los doce meses y a 34.4 in (87.3 cm) a los dos años (Estudio multicéntrico de las referencias de crecimiento de la OMS, 2006). La longitud media a los 12 meses (1 año) suele oscilar entre 28.5 in (72.3 cm) y 30.5 in (77.4 cm). La longitud media a los 24 meses (2 años) es de unas 33.2 in (84.3 cm) a 35.4 in (89.9 cm) (CDC, 2010). En la Figura 2.3.1, se muestra este rápido crecimiento de longitud/altura en varones desde el nacimiento hasta los 24 meses.

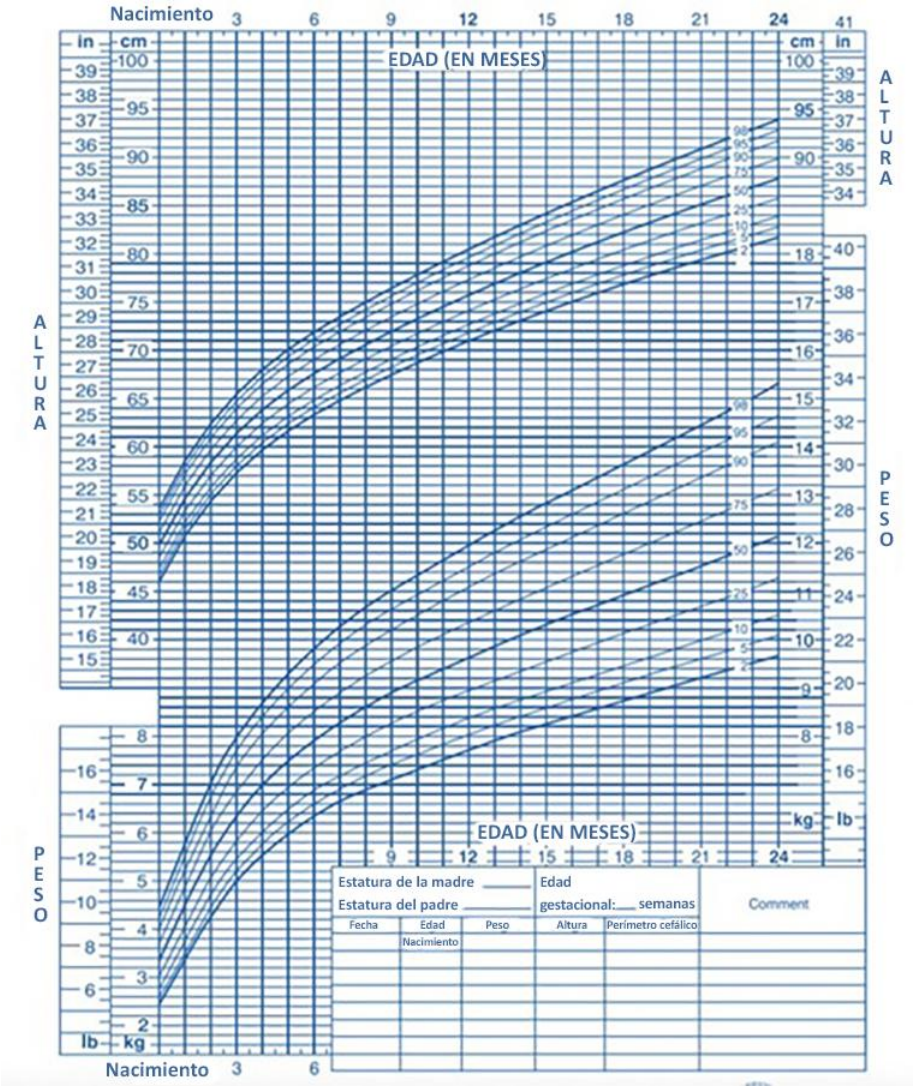


Figura 2.3.1: Percentiles de talla y peso en varones de 0 a 24 meses. Vea Data Table of Infant Length-for-age Charts para encontrar un desglose completo de las cifras del gráfico. [1]

Retraso en el crecimiento

La longitud/altura de los bebés y niños pequeños puede variar, pero una longitud/altura demasiado baja puede ser un signo preocupante de retraso en el crecimiento. El retraso en el crecimiento se caracteriza por una estatura de más de dos desviaciones estándar por debajo del patrón de referencia de crecimiento específico para la edad establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Estudio multicéntrico de las referencias de crecimiento de la OMS, 2007). En términos más sencillos, el retraso en el crecimiento se presenta cuando los niños son considerablemente más pequeños en longitud/altura de lo que se esperaría para su edad. Los niños con retraso en el crecimiento tienen una tasa de mortalidad tres veces mayor que la de sus pares(McDonald et al.,

2013; Victora et al., 2021) y tienen un mayor riesgo de mostrar problemas cognitivos más adelante (Prendergast & Humphrey, 2014; Sanou et al., 2018; Walker et al., 2021).

Se calcula que en Estados Unidos la prevalencia del retraso en el crecimiento es de aproximadamente el 3.2 % (Organización Mundial de la Salud, 2021). Aunque la prevalencia global ha disminuido a lo largo de los años, el retraso en el crecimiento infantil sigue siendo una gran preocupación en todo el mundo. En la Figura 2.3.2, se muestra el cambio global y regional en la cantidad de niños que presentan un retraso en el crecimiento desde 1990 hasta 2019. En 1990, 252.8 millones de niños menores de cinco años presentaban retraso en el crecimiento; en 2019, esta cifra se redujo a 144 millones de niños. La prevalencia del retraso en el crecimiento difiere mucho según el país. En la Figura 2.3.3, se muestra la trayectoria longitudinal de la prevalencia del retraso en el crecimiento en trece países desde 1985 hasta 2019. Aunque los trece países muestran un descenso, sigue habiendo diferencias significativas entre ellos. Incluso después de 2015, Malaui, Etiopía, Nepal y Bangladés tenían una prevalencia del 30 % al 40 %, mientras que Marruecos, Perú y Kirguistán tenían una prevalencia del 10 % al 20 %.

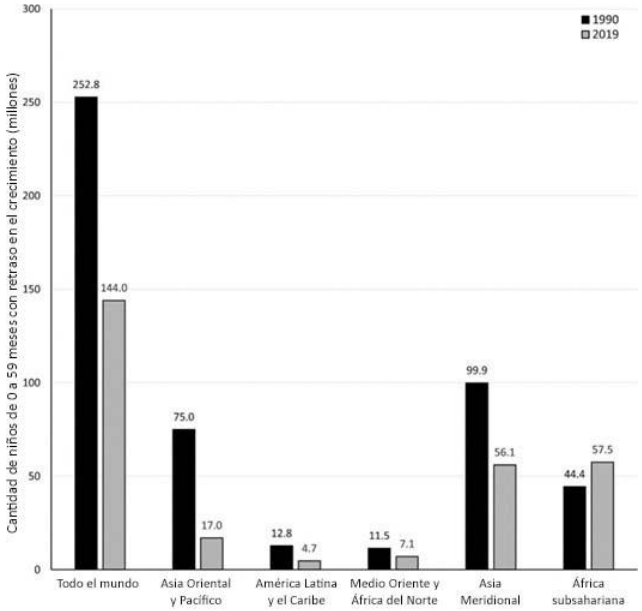


Figura 2.3.2: Cambio global y regional del retraso en el crecimiento desde 1990 hasta 2019. Global: 1990 - 252.8, 2019 - 144; Asia Oriental y Pacífico: 1990 - 12.8, 2019 - 4.7; Oriente Medio y norte de África: 1990- 11.5, 2019 - 7.1; Asia Meridional: 1990 - 99.9, 2019 - 56.1; África subsahariana: 1990 - 44.4, 2019 - 57.5. [2]

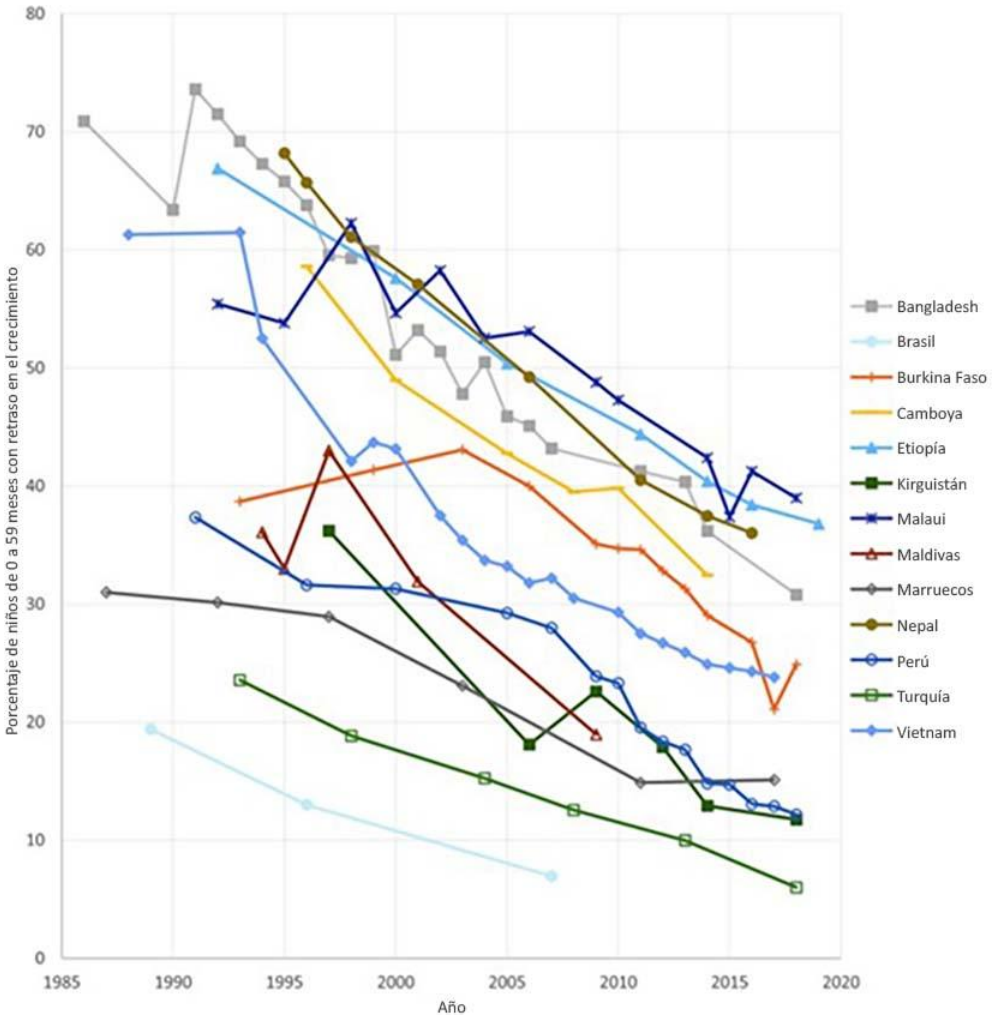


Figura 2.3.3: Prevalencia del retraso en el crecimiento infantil por país. Bangladés bajó del 71 % en 1995 al 31 % en 2019. Brasil tuvo una tendencia a la baja del 19 % en 1988 al 7 % en 2008. Burkina Faso bajó del 38 % en 1993 al 25 % en 2016 después de algunas fluctuaciones al alza y a la baja entre esas dos fechas. Camboya tuvo una tendencia a la baja del 58 % en 1999 al 33 % en 2014. Etiopía tuvo una tendencia a la baja del 66 % al 38 % en 2019. Kirguistán tuvo una tendencia general a la baja con algunas fluctuaciones al alza: del 36 % en 1997 al 12 % en 2019. Malaui comenzó con un 55 % en 1992, con una fuerte subida hasta el 63 % en 1999 y luego una tendencia a la baja hasta el 38 % en 2018. Maldivas presentó un 35 % en 1993, con una fuerte subida hasta el 43 % en 1993 y luego un descenso hasta el 19 % en 2009. Marruecos tuvo cifras significativas de subida y bajada entre 1986 y 2020; sin embargo, tuvo una tendencia general a la baja del 72 % en 1986 al 31 % en 2018. En Nepal, se produjo una tendencia a la baja: se pasó del 68 % en 1995 al 38 % en 2016. Perú tuvo una tendencia general a la baja desde el 37 % en 1992 hasta el 12 % en 2017. Turquía tuvo una tendencia general a la baja del 23 % en 1993 al 7 % en 2017. Vietnam presentó una tendencia a la baja del 68 % en 1992 al 38 % en 2018. Todas las fechas y porcentajes son aproximados. [3]

Fuentes de imágenes

[1] La imagen de los CDC es de dominio público.

[2] Imagen de Vaivada et al., 2020). Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *112*, 777S-791S. CC by 4.0

[3] Imagen de Vaivada et al., (2020). Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *112*, 777S-791S. CC by 4.0

2.3: Aumento de la longitud/altura del cuerpo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.4: Aumento del perímetro cefálico

Perímetro cefálico

La trayectoria del perímetro cefálico es importante, ya que se utiliza habitualmente como medida del desarrollo neurológico en la infancia y en la primera infancia. Como se observa en las Figuras2.4.1 y 2.4.2, el perímetro cefálico aumenta una media de 2 cm al mes durante los primeros 3 meses y de 1 cm al mes entre los 3 y los 6 meses. De los 6 a los 12 meses, el perímetro cefálico aumenta 0,5 cm al mes. Durante el primer año de vida, se produce un aumento medio de 12 cm en el perímetro cefálico. Después de 1 año, solo se produce un aumento de 1 cm en el perímetro cefálico por cada 6 meses hasta los 3 años y solo 1 cm cada año entre los 3 y los 5 años. Se gana una media de 5 cm en total de perímetro cefálico entre el 1.er año y los 5 años. La tasa de crecimiento del perímetro cefálico durante los tres primeros años de vida puede variar y está influenciada por numerosos factores, que incluyen, entre otros, un diagnóstico de trastorno del espectro autista (Regev et al., 2021; Webb et al., 2007), el nivel socioeconómico familiar (Bouthoorn et al., 2012) y el nacimiento prematuro o el bajo peso al nacer (Jaekel et al., 2018). Por ejemplo, los bebés de las madres con mayor nivel educativo tienen bebés con un perímetro cefálico más grande, pero esta diferencia solo se encuentra durante los primeros seis meses de vida (Bouthoorn et al., 2012). [1] [2]

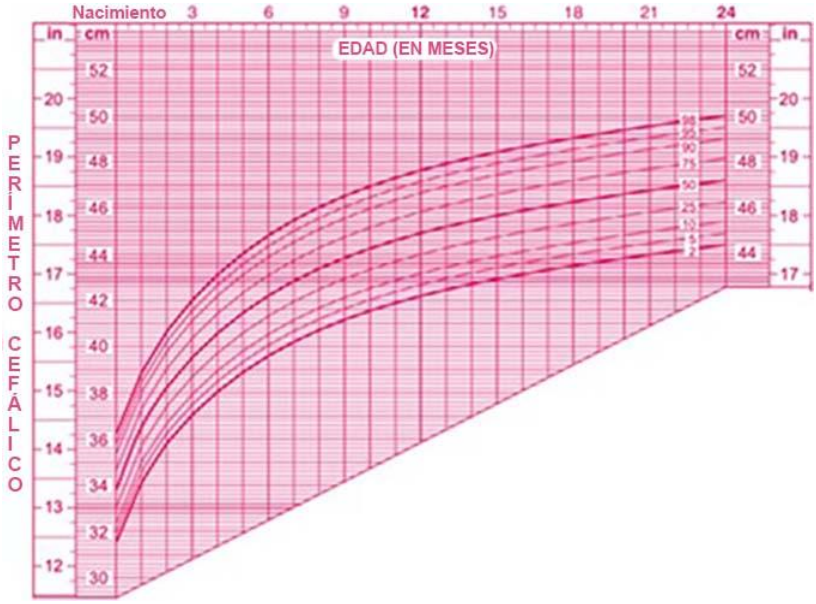


Figura 2.4.1: Vea para encontrar todas las cifras representadas en el gráfico.[3]

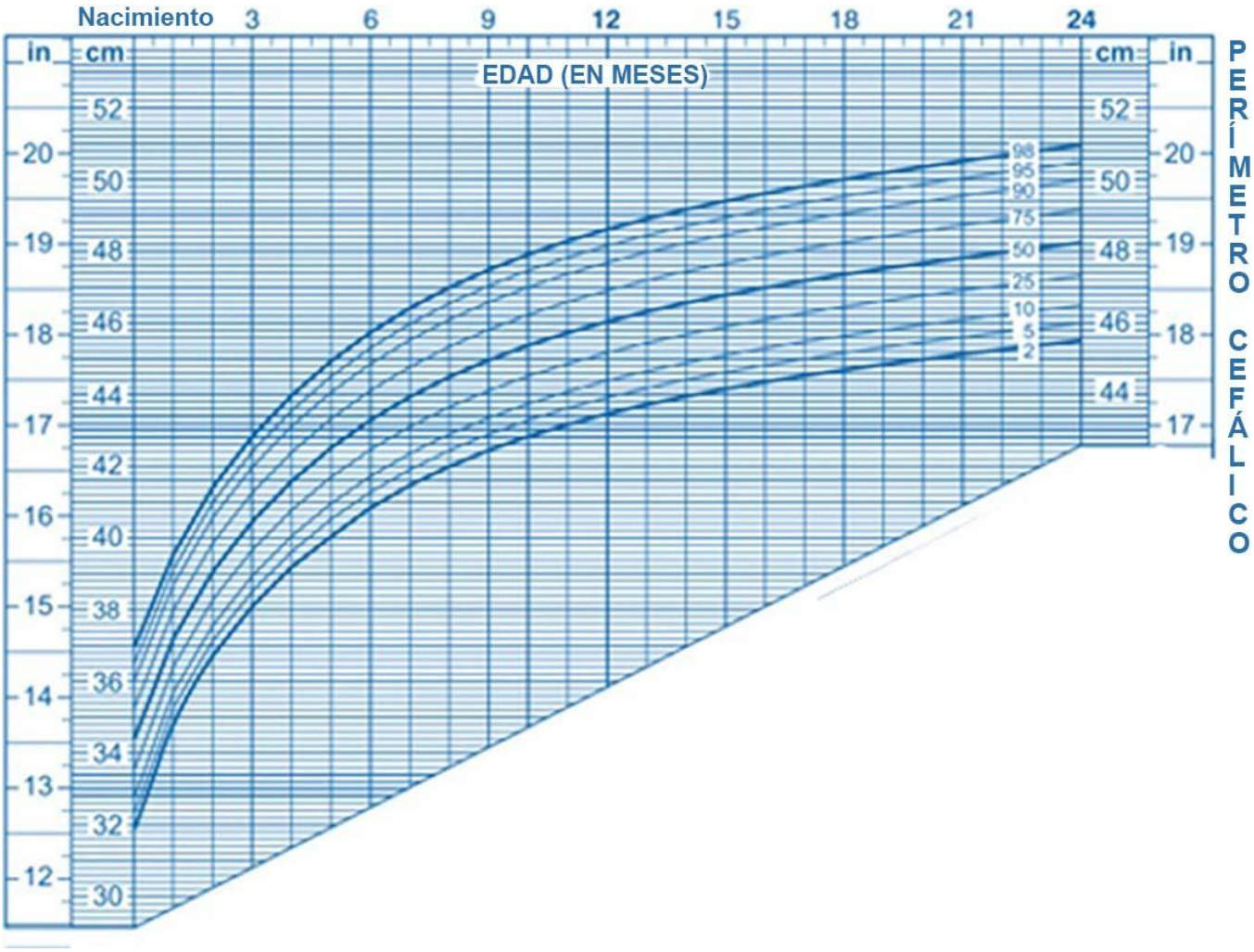


Figura 2.4.1: Vea Data Table of Infant Head Circumference-for-age Charts para encontrar todas las cifras representadas en el gráfico. [4]

El perímetro cefálico es un importante reflejo del crecimiento y del desarrollo del cerebro, en especial en la primera infancia (Bartholomeusz, Courchesne & Karns, 2002). Algunos estudios han encontrado que un perímetro cefálico más pequeño se asocia a una menor inteligencia general y a menores capacidades cognitivas (Bach et al., 2020; Jaekel et al., 2019; Kirkegaard et al., 2020; Koshy et al., 2021). Las grandes desviaciones de la norma en el perímetro cefálico pueden indicar microcefalia (la cabeza de un bebé es más pequeña de lo esperado en comparación con bebés del mismo sexo y edad) o macrocefalia (la cabeza de un bebé es más grande de lo esperado en comparación con bebés del mismo sexo y edad). [5]

La microcefalia fue noticia mundial en 2015 con el brote del virus de Zika. El síndrome congénito por Zika es un patrón único de defectos y discapacidades de nacimiento que se encuentra entre los fetos y los bebés infectados por el virus de Zika durante el embarazo. El virus de Zika se propaga principalmente por las picaduras de mosquitos infectados y puede transmitirse de una madre embarazada infectada a su feto. Un síntoma común de la infección prenatal es un bebé con tejido cerebral disminuido y microcefalia (Satterfield-Nash et al., 2017).[5]



Figura 2.4.3: Tamaño típico de la cabeza comparado con bebés con microcefalia. Un bebé con microcefalia tiene una disminución significativa del tamaño; un bebé con microcefalia grave tiene una disminución aún mayor del tamaño total de la cabeza. [6]

Fuentes de imágenes

[1] Jones & Samanta (2020). *Macrocephaly*. StatPearls. CC by 4.0

[2] Treit et al., (2016) . Relationships between head circumference, brain volume and cognition in children with prenatal alcohol exposure*PloS One*, *11*(2), e0150370. CC by 4.0

[3] La imagen de los CDC es de dominio público.

[4] La imagen de los CDC es de dominio público.

[5] "Facts about Microcephaly" de los CDC es de dominio público.

[6] Imagen adaptada de "Facts about Microcephaly" de los CDC.

2.4: Aumento del perímetro cefálico is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.5: Variación mundial del crecimiento humano

Variaciones del crecimiento humano

Las tablas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) se utilizan ampliamente en Estados Unidos para describir el crecimiento físico de los niños. En el caso de los niños de EE. UU., los CDC recomiendan utilizar las tablas de crecimiento de la OMS para controlar el crecimiento de todos los niños desde el nacimiento hasta los 2 años y, luego, utilizar las tablas de los CDC para los niños mayores de 2 años. [1]

A pesar del uso generalizado de las tablas de la OMS, existen muchas limitaciones importantes. En primer lugar, los datos de los participantes procedían de ciudades individuales de solo seis países (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos). En segundo lugar, las tablas de crecimiento de la OMS utilizan como norma general el crecimiento de los bebés amamantados, lo que, quizás, no represente las experiencias de alimentación de todos los bebés. En tercer lugar, la OMS señala que cualquier desviación de sus normas debe considerarse una prueba de "crecimiento anormal" (Organización Mundial de la Salud, 2006). [2]

Un estudio comparó los datos del Estudio multicéntrico de referencias sobre el crecimiento (MGRS) de la OMS con datos de 55 países diferentes para ver si las tablas de crecimiento de la OMS pueden utilizarse con precisión en niños fuera de los seis países que estudió la OMS (Natale & Rajagopalan, 2014). Los resultados mostraron que muchos países tenían un crecimiento físico fuera de lo que la OMS considera estándar, en especial con respecto al perímetro cefálico. En la Figura 2.5.1, se muestra el peso medio de los varones de dos años en treinta países, comparado con la puntuación media del MGRS y dentro de 0.5 desviaciones estándar. Aunque la mayoría de los países se situaron dentro de las 0.5 desviaciones estándar de la media del MGRS, muchos países no lo hicieron, lo que indica que, quizás, la tabla de crecimiento de la OMS para el peso no sea la mejor tabla de referencia para todos los niños.

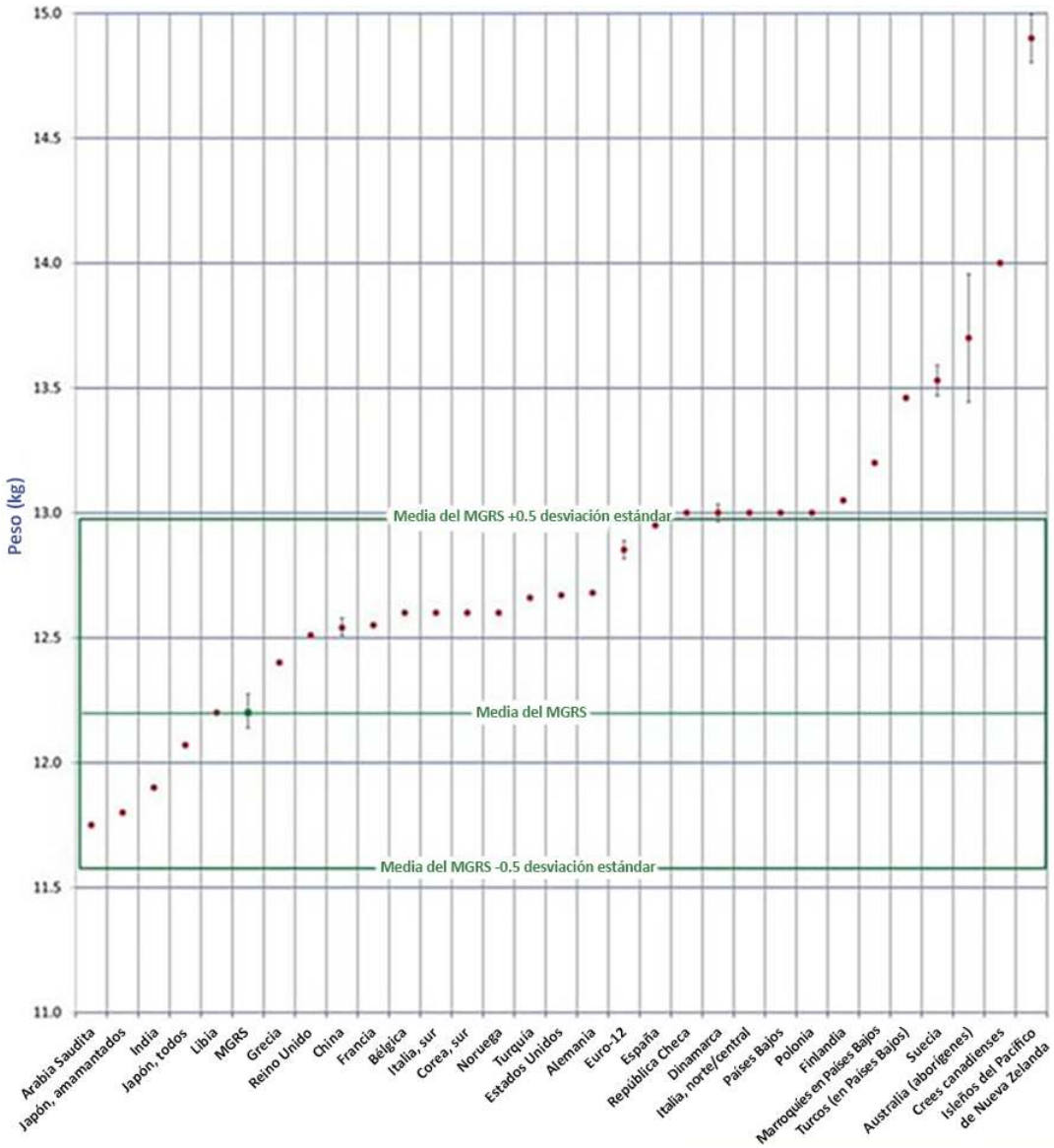


Figura 2.5.1: Peso a los 2 años: 30 países en comparación con el Estudio multicéntrico de referencias sobre el crecimiento (MGRS). El recuadro verde delimita el área dentro de 0.5 desviaciones estándar de la media del MGRS. La línea verde dentro del recuadro muestra la media del MGRS. (A) Niños; media del MGRS: 12.2 kg; desviación estándar alta: 1.55 kg, baja: 1.25 kg. (B) Niñas; media MGRS: 11.5 kg; desviación estándar alta: 1.65 kg, baja: 1.25 kg. Las barras de error muestran 1 error estándar. [3])

En la Figura 2.5.2, se muestra el perímetro cefálico medio de las niñas de dos años en veintiséis países, comparado con la puntuación media del MGRS y dentro de 0.5 desviaciones estándar. Curiosamente, el perímetro cefálico fue la medida de crecimiento que más varió. La mayoría de los países se encontraban fuera de las 0.5 desviaciones estándar de la media del MGRS, lo que indica que la tabla de crecimiento de la OMS para el perímetro cefálico puede ser una tabla de referencia precisa solo para unos determinados pocos países.

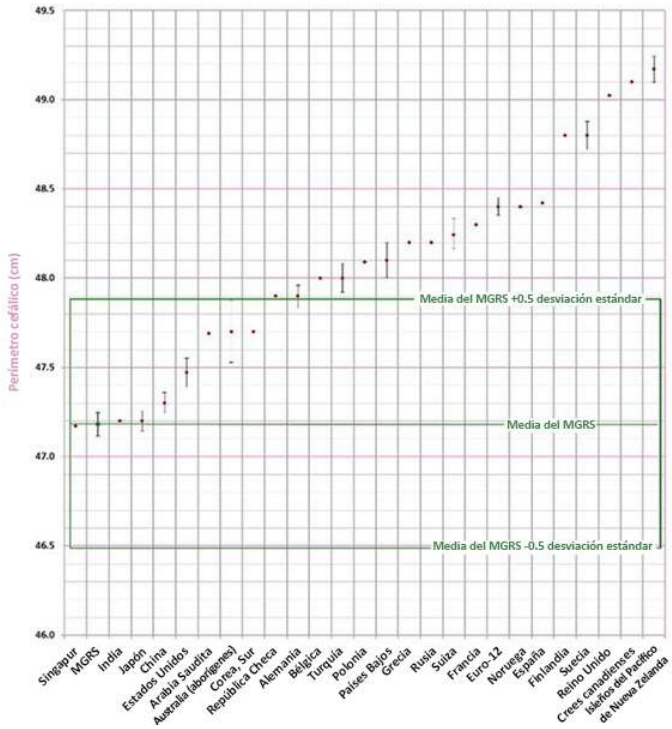


Figura 2.5.1: Perímetro cefálico en niñas de 2 años: 26 países en comparación con el Estudio multicéntrico de referencias sobre el crecimiento (MGRS). ([4])

Los datos de este estudio indican que, quizás, las tablas de crecimiento de la OMS no sean adecuadas para todos los niños del mundo, en especial para controlar el crecimiento del perímetro cefálico. El estudio reconoce que existen importantes diferencias en el desarrollo físico de los bebés y niños pequeños entre los distintos países. Cada vez hay más disponibilidad de patrones de crecimiento y tablas de referencia para niños de países específicos (Bonthuis et al., 2012; Cole, & Mori, 2018; Zhang et al., 2019). Si los cuidadores controlan el crecimiento físico de los niños, deben buscar las tablas que mejor representen la demografía de los niños a los que atienden y no dar por sentado que las tablas de referencia comúnmente utilizadas son precisas para todos los bebés y niños pequeños.

¿Cuál es el mensaje para los cuidadores de bebés y niños pequeños?

- El desarrollo físico es importante porque cuando los niños tienen un crecimiento inferior a la media, corren el riesgo de sufrir problemas de desarrollo a largo plazo.
- El crecimiento físico se suele medir con el peso al nacer, la altura/longitud y el perímetro cefálico.
- El porcentaje de bebés y niños pequeños que están en riesgo debido a un crecimiento físico inferior a la media varía según el país, el estado y el grupo racial/étnico, entre otros factores.
- Conocer el porcentaje regional de bebés y niños pequeños que se encuentran debajo de la media en cuanto al peso al nacer, a la altura/longitud y al perímetro cefálico podría ser un dato importante para los cuidadores a la hora de prepararse para satisfacer las necesidades de los niños que atienden.
- Los cuidados de calidad son esenciales para todos los niños, pero son especialmente importantes para aquellos que corren riesgos en el desarrollo, como los niños con bajo peso al nacer, los que han sufrido un retraso en el crecimiento y los que tienen un perímetro cefálico inferior a la media.
- Las características del cuidado, como la prestación de cuidados sensibles y receptivos, así como las prácticas que aumentan la cantidad y la calidad de la exposición al lenguaje, favorecen el desarrollo óptimo de todos los niños, en especial de los que corren riesgos en el desarrollo a largo plazo debido a resultados inferiores a la media en el desarrollo físico.
- Si los cuidadores controlan el crecimiento físico de los bebés y niños pequeños, deben buscar las tablas que mejor representen la demografía de los niños a los que atienden, ya que las tablas que se utilizan con más frecuencia de la OMS y de los CDC no representan con exactitud el crecimiento físico de todos los niños.

Fuentes de imágenes

[1] “Growth Charts” de los CDC es de dominio público.

[2] Natale & Rajagopalan (2014). . *BMJ Open*, *4*(1), e003735. CC by NC 3.0

[3] Imagen adaptada de Natale & Rajagopalan (2014). Worldwide variation in human growth and the World Health Organization growth standards: A systematic review. *BMJ Open*, *4*(1), e003735. CC by NC 3.0

[4] Imagen adaptada de Natale & Rajagopalan (2014).Worldwide variation in human growth and the World Health Organization growth standards: A systematic review. *BMJ Open*, *4*(1), e003735. CC by NC 3.0

2.5: Variación mundial del crecimiento humano is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.6: Conclusión

Conclusión del capítulo “Resumen del desarrollo físico”

El desarrollo físico de los bebés y niños pequeños es rápido y constante. El crecimiento físico se mide muchas veces con tablas que registran el peso, la altura/longitud y el perímetro cefálico, y que muestran aumentos de las tres medidas todos los meses durante los primeros tres años. Es importante saber que, aunque estas tablas proporcionan normas para controlar el crecimiento, tienen muchas limitaciones. Las investigaciones han encontrado diferencias significativas en el aumento del peso, de la estatura y del perímetro cefálico de los niños en los distintos países; por lo tanto, los cuidadores deben ser cautelosos al implementar las tablas de crecimiento para todos los niños. Algunos niños pueden quedar muy por debajo en las tablas de crecimiento y corren el riesgo de sufrir diversos problemas de desarrollo, como aquellos que nacen con un bajo peso. Para estos bebés y niños pequeños, las prácticas de cuidado de calidad son muy importantes para mejorar las capacidades de desarrollo.

2.6: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

2.7: Referencias

Adams, S. M., Jones, D. R., Esmail, A., & Mitchell, E. A. (2004). What affects the age of first sleeping through the night? *Journal of Pediatrics and Child Health*, *40*(3), 96-101.

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, *60*(1), 49-74.

Barbosa, S. C., Coledam, D. H. C., Stabelini, A., Elias, R. G. M., & Oliveira, A. R. D. (2016). School environment, sedentary behavior and physical activity in preschool children. *Revista Paulista de Pediatria*, *34*, 301-308.

Batan, M., Li, R., & Scanlon, K. (2013). Association of child care providers breastfeeding support with breastfeeding duration at 6 months. *Maternal and Child Health Journal*, *17*(4), 708-713.

Beauregard, J. L., Hamner, H. C., Chen, J., Avila-Rodriguez, W., Elam-Evans, L. D., & Perrine, C. G. (2019). Racial disparities in breastfeeding initiation and duration among US infants born in 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *68*(34), 745.

Bernier, A., Beauchamp, M. H., Bouvette-Turcot, A. A., Carlson, S. M., & Carrier, J. (2013). Sleep and cognition in preschool years: Specific links to executive functioning. *Child Development*, *84*(5), 1542-1553.

Bernier, A., Carlson, S. M., Bordeleau, S., & Carrier, J. (2010). Relations between physiological and cognitive regulatory systems: Infant sleep regulation and subsequent executive functioning. *Child Development*, *81*(6), 1739-1752.

Birch, L. L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K., & Laing, D. G. (1998). Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*, *30*(3), 283-295.

Boquien, C. Y. (2018). Human milk: An ideal food for nutrition of preterm newborns. *Frontiers in Pediatrics*, *6*, 295.

Boyce, J. A., Assa'ad, A., Burks, A. W., Jones, S. M., Sampson, H. A., Wood, R. A., Plaut, M., Cooper, S. F., Fenton, M. J., Arshad, S. H., Bahna, S. L., Beck, L. A., Byrd-Bredbenner, C., Camargo, C. A., Eichenfield, L., Furuta, G. T., Hanifin, J. M., Jones, C., Kraft, M., Levy, B. D.,

Lieberman, P., Luccioli, S., McCall, K. M., Schneider, L. C., Simon, R. A., Simons, F. E. R.,

Teach, S. J., Yawn, B. P. & Schwaninger, J. M. (2011). Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *64*(1), 175-192.

Brown, C. R., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J., & Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, *105*(3), e179-e185.

Bruni, O., Baumgartner, E., Sette, S., Ancona, M., Caso, G., Di Cosimo, M. E., Mannini, A., Ometto, M., Pasquini, A., Ulliana, A., & Ferri, R. (2014). Longitudinal study of sleep behavior in normal infants during the first year of life. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *10*(10), 1119-1127.

Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Barr, S. I. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal of the American Dietetic Association*, *104*, 57-64.

Chen, Y. C., Wu, Y. C., & Chie, W. C. (2006). Effects of work-related factors on the breastfeeding behavior of working mothers in a Taiwanese semiconductor manufacturer: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *6*(1), 1-8.

Cameron, B., Javanparast, S., Labbok, M., Scheckter, R., & McIntyre, E. (2012). Breastfeeding support in child care: An international comparison of findings from Australia and the United States. *Breastfeeding Medicine*, *7*(3), 163-166.

Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: Normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*, *18*(2), 65-71.

Dieterich, R., Caplan, E., Yang, J., & Demirci, J. (2020). Integrative review of breastfeeding support and related practices in child care centers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *49*(1), 5-15.

Draper, C. E., Tomaz, S. A., Biersteker, L., Cook, C. J., Couper, J., De Milander, M., Flynn, K., Giese, S., Krog, S., Lambert, E. V., Liebenberg, T., Mendoza, C., Nunes, T., Pienaar, A., Priorieschi, A., Rae, D. E., Rahbeeni, N., Reilly, J. J., Reynolds, L., Samuels, M., Siljeur, R., Urion, J., van Wyk, M. & Okely, A. D. (2020). The South African 24-hour movement guidelines for birth to 5 years: an integration of physical activity, sitting behavior, screen time, and sleep. *Journal of Physical Activity and Health*, *17*(1), 109-119.

Fein, S. B., Grummer-Strawn, L. M., & Raju, T. N. (2008). Infant feeding and care practices in the United States: Results from the Infant Feeding Practices Study II. *Pediatrics, 122*, S25-S27.

Fein, S. B., Mandal, B., & Roe, B. E. (2008). Success of strategies for combining employment and breastfeeding. *Pediatrics, 122*, S56-S62.

Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews, 16*(3), 213-222.

Gibson, R., Elder, D., & Gander, P. (2012). Actigraphic sleep and developmental progress of one-year-old infants. *Sleep and Biological Rhythms, 10*(2), 77-83.

Gómez, R. L., Bootzin, R. R., & Nadel, L. (2006). Naps promote abstraction in language-learning infants. *Psychological Science, 17*(8), 670-674.

Gomez-Pomar, E., & Blubaugh, R. (2018). The baby friendly hospital initiative and the ten steps for successful breastfeeding: A critical review of the literature. *Journal of Perinatology, 38*(6), 623-632.

Gubbels, J. S., Van Kann, D. H., & Jansen, M. W. (2012). Play equipment, physical activity opportunities, and children's activity levels at childcare. *Journal of Environmental and Public Health*.

Gupta, R. S., Warren, C. M., Smith, B. M., Blumenstock, J. A., Jiang, J., Davis, M. M., & Nadeau, K. C. (2018). The public health impact of parent-reported childhood food allergies in the United States. *Pediatrics, 142*(6).

Fatimah, S., Saadiah, H. N., Tahir, A., Imam, M. I., & Faudzi, Y. A. (2010). Breastfeeding in Malaysia: Results of the third national health and morbidity S]survey (NHMS III) 2006. *Malaysian Journal of Nutrition, 16*(2).

Hamade, H., Chaaya, M., Saliba, M., Chaaban, R., & Osman, H. (2013). Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 13*(1), 1-10.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., & Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health, 1*(1), 40-43.

Horta, B. L. & Victoria, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. World Health Organization.

Horváth, K., Myers, K., Foster, R., & Plunkett, K. (2015). Napping facilitates word learning in early lexical development. *Journal of Sleep Research, 24*(5), 503-509.

Hupbach, A., Gomez, R. L., Bootzin, R. R., & Nadel, L. (2009). Nap-dependent learning in infants. *Developmental Science, 12*(6), 1007-1012.

Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics, 111*(2), 302-307.

Javanparast, S., Newman, L., Sweet, L., & McIntyre, E. (2012). Analysis of breastfeeding policies and practices in childcare centres in Adelaide, South Australia. *Maternal and Child Health Journal, 16*(6), 1276-1283.

Kimbro, R. T. (2006). On-the-job moms: Work and breastfeeding initiation and duration for a sample of low-income women. *Maternal and Child Health Journal, 10*(1), 19-26.

Le Doare, K., Holder, B., Bassett, A., & Pannaraj, P. S. (2018). Mother's milk: A purposeful contribution to the development of the infant microbiota and immunity. *Frontiers in Immunology, 9*, 361.

Lubold, A. M. (2019). Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. *International Breastfeeding Journal, 14*(1), 1-12.

Lucas, A., McMahon, P. M., Asling, M. B., Knobloch, A., Kosh, E., & Sims, K. (2013). Assessing child care providers' knowledge and attitudes regarding support of breastfeeding in a region with low breastfeeding prevalence. *Journal of Human Lactation, 29*(4), 556-563.

Lundquist, A., McBride, B. A., Donovan, S. M., & Kieffer, A. (2019). An exploratory look at the role of childcare providers as a support and resource for breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine, 14*(5), 313-319.

Machado, A. M. (2015). Assessment of breastfeeding policies in a sample of inner city child-care centers in north-central Kentucky. [Doctoral dissertation, University of Kentucky]. UKnowledge. https://uknowledge.uky.edu/cph_etds/55/

Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Issanchou, S., & Leathwood, P. (2007). Effects of repeated exposure on acceptance of initially disliked vegetables in 7-month old infants. *Food Quality and Preference*, *18*(8), 1023-1032.

Marhefka, S. L., Sharma, V., Schafer, E. J., Turner, D., Falope, O., Louis-Jacques, A., Wachira, W. M., Livingston, T. & Roig-Romero, R. M. (2019). 'Why do we need a policy?' Administrators' perceptions on breast-feeding-friendly child care. *Public Health Nutrition*, *22*(3), 553-563.

Martin, C. R., Ling, P. R., & Blackburn, G. L. (2016). Review of infant feeding: Key features of breast milk and infant formula. *Nutrients*, *8*(5), 279.

Matricciani, L. A., Olds, T. S., Blunden, S., Rigney, G., & Williams, M. T. (2012). Never enough sleep: A brief history of sleep recommendations for children. *Pediatrics*, *129*(3), 548-556.

Mattar, L., Hobeika, M., Zeidan, R. K., Salameh, P., & Issa, C. (2019). Determinants of exclusive and mixed breastfeeding durations and risk of recurrent illnesses in toddlers attending day care programs across Lebanon. *Journal of Pediatric Nursing*, *45*, e24-e34.

McKelvey, L. M., Whiteside-Mansell, L., Zhang, D., & Selig, J. P. (2020). Adverse childhood experiences in infancy: A latent class approach exploring interrelatedness of risks. *Adversity and Resilience Science*, 1-13.

Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H., & Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine*, *11*(3), 274-280.

Mirmiran, M., Baldwin, R. B., & Ariagno, R. L. (2003). Circadian and sleep development in preterm infants occurs independently from the influences of environmental lighting. *Pediatric Research*, *53*(6), 933-938.

Nicklaus, S. (2016). Complementary feeding strategies to facilitate acceptance of fruits and vegetables: A narrative review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(11), 1160.

Nordtømme, S. 2016. "På vei mot en rom (s) lig pedagogikk: En fortolkende studie av barns

lekeerfaringer med rom og materialitet [Towards a spacious pedagogy. An interpretive study

of children's play experiences with space and materiality]." PhD diss., Høgskolen i Sørøst-Norge.

Okely, A. D., Ghersi, D., Hesketh, K. D., Santos, R., Loughran, S. P., Cliff, D. P., Shilton, T., Grant, D., Jones, R. A., Stanley, R. M., Sherring, J., Hinkley, T., Trost, S. G., McHugh, C., Eckermann, S., Thorpe, K., Waters, K., Olds, T. S., Mackey, T., Livingstone, R., Christian, H., Carr, H., Verrender, A., Pereira, J. R., Zhang, Z., Downing, K. L. & Tremblay, M. S. (2017). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines-The Australian 24-Hour Movement Guidelines for the early years (Birth to 5 years): an integration of physical activity, sedentary behavior, and sleep. *BMC Public Health*, *17*(5), 167-190.

Olesen, L. G., Kristensen, P. L., Korsholm, L., & Froberg, K. (2013). Physical activity in children attending preschools. *Pediatrics*, *132*(5), e1310-e1318.

Ong, G., Yap, M., Li, F. L., & Choo, T. B. (2005). Impact of working status on breastfeeding in Singapore: Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *The European Journal of Public Health*, *15*(4), 424-430.

Rasch, B., & Born, J. (2013). About sleep's role in memory. *Physiological Reviews*, *93*(2), 681–766.

Ridgers, N. D., Stratton, G., Fairclough, S. J., & Twisk, J. W. (2007). Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Preventive Medicine*, *44*(5), 393-397.

Ryan, A. S., Zhou, W., & Arensberg, M. B. (2006). The effect of employment status on breastfeeding in the United States. *Women's Health Issues*, *16*(5), 243-251.

Sadeh, A. V. I., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: A web-based study. *Journal of Sleep Research*, *18*(1), 60-73.

Sampson, H. A., Muñoz-Furlong, A., Campbell, R. L., Adkinson Jr, N. F., Bock, S. A., Branum, A., Brown, S., Camargo, C., Cydulka, R., Galli, S. J., Gidudu, J., Gruchalla, R. S., Harlor, A. D., Hepner, D. L., Lewis, L. M., Lieberman, P. L., Metcalfe, D., O'Connor, R., Muraro, A., Rudman, A., Schmitt, C., Scherrer, D., Simons, E. R., Thomas, S., Wood, J. P. & Decker, W. W. (2006). Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and

Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 117*(2), 391-397.

Sando, O. J. (2019). The physical indoor environment in ECEC settings: children's well-being and physical activity. *European Early Childhood Education Research Journal*, *27*(4), 506-519.

Schafer, E. J., Livingston, T. A., Roig-Romero, R. M., Wachira, M., Louis-Jacques, A. F., & Marhefka, S. L. (2021). "Breast is best, but…" according to child care administrators, not best for the childcare environment. *Breastfeeding Medicine*, *16*(1), 21-28.

Scher, A. (2005). Infant sleep at 10 months of age as a window to cognitive development. *Early Human Development*, *81*(3), 289-292.

Seehagen, S., Konrad, C., Herbert, J. S., & Schneider, S. (2015). Timely sleep facilitates declarative memory consolidation in infants. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *112*(5), 1625-1629.

Smith, J. P., & Forrester, R. (2013). Who pays for the health benefits of exclusive breastfeeding? An analysis of maternal time costs. *Journal of Human Lactation*, *29*(4), 547-555.

Stickgold, R., & Walker, M. P. (2007). Sleep-dependent memory consolidation and reconsolidation. *Sleep Medicine*, *8*(4), 331-343.

Sugiyama, T., Okely, A. D., Masters, J. M., & Moore, G. T. (2012). Attributes of child care centers and outdoor play areas associated with preschoolers' physical activity and sedentary behavior. *Environment and Behavior*, *44*(3), 334-349.

Sullivan, S. A., & Birch, L. L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, *93*(2), 271-277.

Tan, K. L. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. *International Breastfeeding Journal*, *6*(1), 1-7.

Tandon, P. S., Saelens, B. E., & Christakis, D. A. (2015). Active play opportunities at child care. *Pediatrics*, *135*(6), e1425-e1431.

Tham, E. K., Schneider, N., & Broekman, B. F. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: A narrative review. *Nature and Science of Sleep*, *9*, 135.

Tremblay, M. S., Chaput, J. P., Adamo, K. B., Aubert, S., Barnes, J. D., Choquette, L., Duggan, M., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Gray, C. E., Gruber, R., Janson, K., Janssen, I., Janssen, X., Garcia, A. J., Kuzik, N.,, LeBlanc, C., MacLean, J. Okely, A. D., Poitras, V. J., Rayner, M., Reilly, J. J., Sampson, M., Spence, J. C., Timmons, B. W. & Carson, V. (2017). Canadian 24-hour movement guidelines for the early years (0–4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC Public Health*, *17*(5), 1-32.

U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services (2020). *Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025*. 9th Edition.

Wennergren, G., Strömberg Celind, F., Goksör, E., & Alm, B. (2021). Swedish survey of infant sleep practices showed increased bed-sharing and positive associations with breastfeeding. *Acta Paediatrica*, *110*(6), 1835-1841.

Wolf, J. H. (2003). Low breastfeeding rates and public health in the United States. *American Journal of Public Health*, *93*(12), 2000-2010.

World Health Organization. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. World Health Organization.

World Health Organization. (2003). Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization

World Health Organization (2014). *World health statistics*. World Health Organization.

Yabe, C., Yasugi, S., Musha, Y., Takemura, Y. C., & Son, D. (2021). Perception and handling of breastmilk by childcare staff: A qualitative study of childcare facilities in Japan. *Journal of General and Family Medicine*.

2.7: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

3: Salud y nutrición

3.1: Introducción
3.2: Leche materna- composición, beneficios e índices
3.3: Alimentos complementarios
3.4: Preocupación por el consumo insuficiente y excesivo
3.5: Bebidas
3.6: Patrones dietéticos saludables durante el segundo año de vida
3.7: Apoyar una alimentación saludable
3.8: Sueño
3.9: Muerte súbita e inesperada del lactante (SMSL)
3.10: Actividad física
3.11: Conclusión
3.12: Referencias

3: Salud y nutrición is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.1: Introducción

Introducción a la salud y a la nutrición

Los primeros tres años de vida constituyen un período de vital importancia para el crecimiento y el desarrollo. Para favorecer este crecimiento y desarrollo, los bebés y niños pequeños necesitan una alimentación con muchos nutrientes y adecuada para su desarrollo, una cantidad y una calidad de sueño elevada, y actividad física. En esta sección, se explicará la ingesta recomendada de alimentos y la nutrición durante los tres primeros años y se ofrecerán estrategias para que los cuidadores apoyen el sueño seguro y la actividad física.

3.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.2: Leche materna- composición, beneficios e índices

Resumen de la leche materna y la lactancia

Alimentar a un bebé con leche materna es una de las mejores maneras de iniciarlo en el camino de la salud para toda la vida. La leche materna está compuesta por un 87 % de agua, un 1 % de proteínas, un 4 % de lípidos y un 7 % de hidratos de carbono, como se muestra en la Figura 3.2.1 (Boquien, 2018; Martin, Ling & Blackburn, 2016). También contiene muchas vitaminas y minerales. Otro aspecto exclusivo de la leche humana es la elevada proporción de ácidos grasos, incluidos los dos ácidos grasos esenciales: el ácido linoleico y el ácido alfa-linolénico. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo cerebral infantil. Además de los nutrientes, la leche humana incluye sustancias bioactivas y propiedades inmunológicas que favorecen la salud y el desarrollo del bebé. (Le Doare, Holder, Bassett & Pannaraj, 2018). [1] [2]

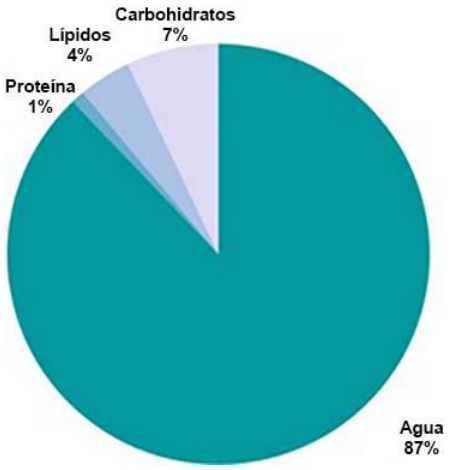


Figura 3.2.1: Composición de la leche materna. ([3])

En la primera semana después del embarazo, la madre segrega calostro, un líquido amarillo y espeso. Entre los días 7 y 14, la madre segrega leche de transición, una combinación de calostro y leche madura. Después de dos semanas, se forma y se produce la leche madura (Ballard & Morrow, 2013). La leche materna puede dividirse en la leche anterior, de color gris azulado, que está presente al principio de la lactancia materna y que contiene menos grasa, y la leche posterior, de color blanco cremoso, segregada hacia el final de la lactancia materna y que contiene mucha grasa. La composición de la leche materna puede variar en función de la salud y de la dieta de la madre, la exposición ambiental y la edad gestacional, entre otros factores (Martin, Ling & Blackburn, 2016). [4]

La leche materna puede cubrir las necesidades nutritivas del bebé durante los primeros 6 meses de vida, con la excepción de la vitamina D y, posiblemente, el hierro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda alimentar a los bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida y fomenta continuar con la leche materna junto con la alimentación complementaria de alimentos sólidos durante 2 años y más (Organización Mundial de la Salud, 2003). La alimentación exclusiva con leche materna se refiere a un bebé que solo consume leche humana, y no en combinación con fórmula infantil, o alimentos y bebidas complementarias (incluida el agua), excepto medicamentos o vitaminas y suplementos minerales. [5] [6]



Figura 3.2.2: Beneficios de la lactancia. ([1])

Es posible que un recién nacido necesite tomar leche materna cada 1 a 3 horas durante 10 a 20 minutos en promedio; sin embargo, la frecuencia y la duración de las sesiones de lactancia materna disminuyen a medida que el niño crece y puede recibir más leche en menos tiempo. Al tercer día después del nacimiento, la cantidad de leche materna que toma el bebé es de unos 300 ml a 400 ml cada 24 horas, y al quinto día, de 500 ml a 800 ml. El consumo de leche de los bebés es de una media de 800 ml diarios durante los primeros 6 meses. [8]

Aunque se fomenta la leche materna, no todas las familias pueden brindársela a sus hijos por diversos motivos. Por ejemplo, es posible que una familia decida no darle lactancia materna, que un niño sea adoptado o que la madre no sea capaz de producir un suministro completo de leche o de extraer y almacenar la leche de forma segura debido a las condiciones familiares o del lugar de trabajo. Si no se dispone de leche humana, los bebés deben ser alimentados con una fórmula infantil comercial fortificada con hierro (es decir, con la etiqueta “con hierro”) regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA), que se basa en normas que garantizan el contenido de nutrientes y la seguridad. Las fórmulas infantiles están diseñadas para satisfacer las necesidades nutritivas de los bebés y no son necesarias luego de los 12 meses. Es importante tomar precauciones para garantizar que la leche humana extraída y las fórmulas infantiles preparadas se manipulen y almacenen de forma segura. [9]

A pesar de los beneficios de la leche materna, los índices de lactancia siguen siendo bajos en muchos países. A nivel mundial, solo el 37 % de los bebés de 0 a 6 meses de edad se alimentan exclusivamente con leche materna; el porcentaje más alto (47 %) está entre los bebés del sudeste asiático (Organización Mundial de la Salud, 2014). En Malasia, mientras que el 94.7 % de los recibieron lactancia materna al menos una vez, solo el 14.5 % recibió exclusivamente lactancia materna durante los primeros seis meses (Fatimah et al., 2010). En el Líbano, solo el 38 % de los bebés reciben exclusivamente lactancia materna durante el primer mes de vida, y alrededor del 2 %, a los 6 meses de edad (Hamade et al., 2013). La lactancia materna –tanto su inicio como su duración– ha aumentado de forma constante en los países de ingresos altos desde finales de la década de 1970 (Lubold, 2019; Wolf, 2003); sin embargo, en algunos países, los índices de lactancia materna han aumentado a un ritmo mucho más rápido que en otros. Por ejemplo, en la Figura 3.2.3, se muestra la proporción de mujeres que iniciaron la lactancia en Irlanda, Suecia y EE. UU. de 1984 a 2015. Mientras que Suecia siempre tuvo índices más altos, tanto Irlanda como EE. UU. han visto un aumento positivo en los índices de inicio de la lactancia materna con el tiempo. [10] [11] [12]

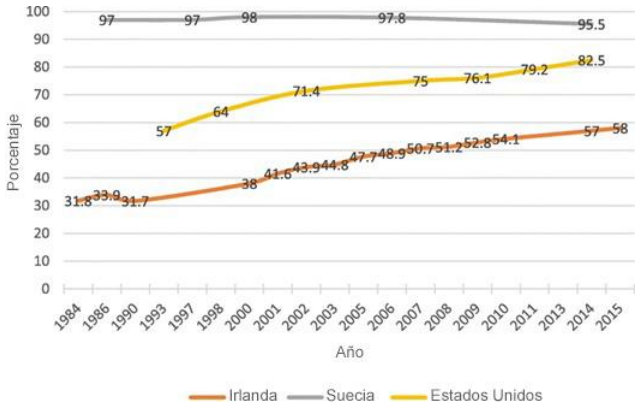


Figura 3.2.3: Proporción de mujeres que iniciaron la lactancia materna en Irlanda, Suecia y Estados Unidos de 1984 a 2015. Suecia osciló entre el 97 % en 1993 y el 95.5 % en 2014. EE. UU. osciló entre el 57 % en 1993 y el 82.5 % en 2014. Irlanda osciló entre el 31.8 % en 1984 y el 58 % en 2015. ([13])

En la Figura 3.2.4, se muestra el índice de cualquier cantidad de lactancia materna durante los primeros doce meses para los niños nacidos en 2018 en los EE. UU. Los bebés más jóvenes tienen más probabilidades de recibir lactancia materna, ya que aproximadamente el 80 % de los bebés de un mes reciben alguna cantidad de lactancia materna, en comparación con menos del 60 % a los seis meses y menos del 40 % a los doce meses. En la Figura 3.2.41, también se muestra el índice de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses en 2018. Mientras que casi el 60 % de los bebés se alimentan exclusivamente con leche materna al mes de edad, menos del 30 % lo son a los seis meses. Los índices de inicio y duración de la lactancia materna difieren según el estado. En California, en 2017, el 90.3 % de los recién nacidos recibieron lactancia materna al menos una vez, el 67.1 % seguía recibiendo lactancia materna a los seis meses y el 43.3 % seguía recibiendo lactancia materna a los doce meses; sin embargo, solo el 50.1 % recibió exclusivamente lactancia materna durante los primeros tres meses y solo el 28.2 % recibió exclusivamente lactancia materna durante los primeros seis meses. Luisiana tuvo el porcentaje más bajo de bebés que recibieron lactancia materna alguna vez (66.2 %), mientras que Minnesota tuvo el más alto, con un 95.3 %. A los seis meses, la media nacional de bebés que seguían recibiendo lactancia materna era del 58.3 %, que se redujo al 35.3 % a los doce meses. Además, existe una disparidad racial tanto en el inicio como en la duración de la lactancia materna en Estados Unidos (Beauregard et al., 2019). En los bebés negros, el índice de haber recibido lactancia materna alguna vez a los 3 meses era significativamente menor (58.0 %) que los bebés blancos (72.7 %); a los 6 meses, los índices eran del 44.7 % entre los bebés negros y del 62.0 % entre los bebés blancos. [14] [15] [16] [17]

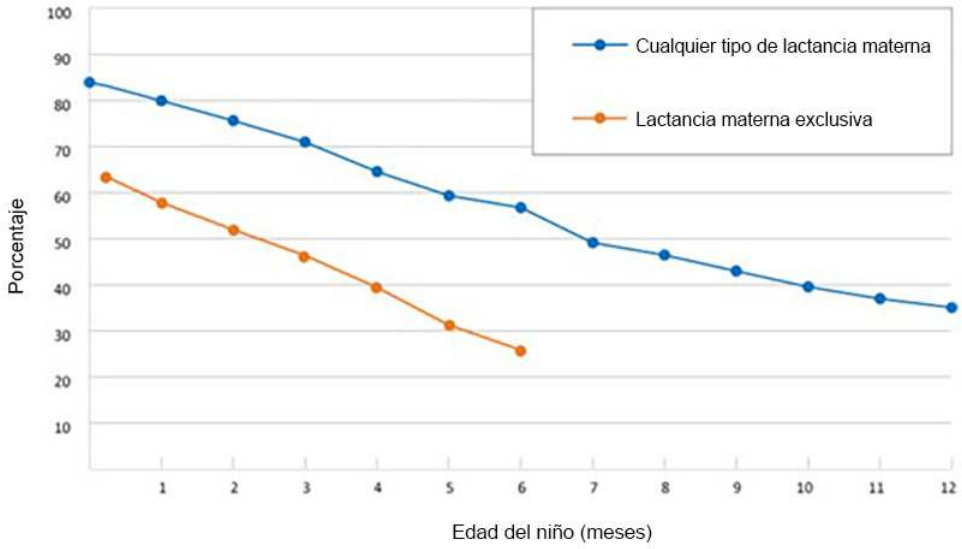


Figura 3.2.4: Índices de lactancia materna exclusiva y de cualquier tipo por edad en los bebés nacidos en 2018. La lactancia materna pasó del 84 % al nacer al 35 % a los 12 meses de edad. La lactancia materna exclusiva pasó del 62 % al nacer a muy poco luego de los 6 meses. ([18])

El índice de lactancia materna exclusiva es menor entre las madres que trabajan (Chen, Wu & Chie, 2006; Kimbro, 2006; Tan, 2011). En una encuesta en la que participaron 228,000 madres primerizas de distinta situación laboral en Estados Unidos, el índice de lactancia materna a los seis meses era estadísticamente menor entre las madres empleadas a tiempo completo (26.1 %), en comparación con las madres a tiempo parcial (36.6 %) y las que no trabajaban (35.0 %) (Ryan, Zhou & Arensberg, 2006). La vuelta al trabajo, los costos de tiempo y los lugares de trabajo poco propicios son razones comunes para el abandono temprano de la lactancia materna entre las madres trabajadoras (Brown et al., 2014; Ong, Yap, Li & Choo, 2005; Smith & Forrester, 2013). [19]

Los centros de atención infantil pueden desempeñar un papel crucial en el apoyo a las madres lactantes (Lundquist, McBride, Donovan & Kieffer, 2019; Marhefka et al., 2019). Lundquist et al. (2019) destacaron la importancia de educar al personal de los centros de cuidado infantil sobre la lactancia materna, así como de crear políticas y prácticas de apoyo en estos centros. Además, Marhefka et al. (2019) concluyeron que los centros de cuidado infantil que apoyan la lactancia materna podrían contribuir a crear un cambio cultural hacia su continuación. [20]

Aunque los centros de atención infantil pueden desempeñar un papel importante, todavía tienen que avanzar mucho en el apoyo a las madres lactantes y a sus hijos. Por ejemplo, Mattar et al. (2019) mostraron índices muy bajos de lactancia materna en los niños de las guarderías libanesas. Los estudios que se llevaron a cabo en los Estados Unidos han encontrado índices más bajos de lactancia materna en los programas ubicados en centros, en comparación con los programas ubicados en el hogar, y una falta

general de políticas y prácticas de apoyo en los programas en centros de cuidado infantil (Dieterich, Caplan, Yang & Demirci, 2020; Machado, 2015). [21]



Figura 3.2.5: Madre lactante. ([22]

Los estudios sobre la lactancia materna en todo el mundo indican la importancia de las recomendaciones políticas y el apoyo a nivel nacional y local (Gómez-Pomar & Blubaugh, 2018; Horton & Victoria, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1998). Las investigaciones que se realizaron en Estados Unidos y Australia mostraron que el fomento, las políticas escritas, la distribución de recursos/materiales y la capacitación para la lactancia materna eran significativamente mayores en Australia, a pesar de que los índices de disponibilidad de instalaciones, como lugares para la lactancia materna y refrigeradores para el almacenamiento en las guarderías, eran similares (Cameron et al., 2012). En Japón, hay una falta de comprensión de la lactancia materna en el lugar de trabajo, y se perciben desafíos, como la responsabilidad de la gestión de la lactancia materna en las guarderías (Yabe et al., 2021) [23]

Para apoyar la lactancia materna, las guarderías pueden crear espacios en los que las madres puedan amamantar a sus hijos o extraer la leche materna cómodamente. Además, los centros pueden tener un espacio dedicado y un sistema organizado para almacenar la leche materna extraída, y un espacio específico para limpiar las piezas de extracción. Todos los programas de cuidado infantil pueden reducir la ansiedad de una madre lactante al permitirle alimentar a su bebé en el lugar, al tener una política de lactancia materna publicada que se comunique habitualmente, al asegurarse de que los procedimientos para almacenar y manipular la leche materna y alimentar a los bebés amamantados están en su lugar, y al garantizar que los miembros del personal están bien capacitados en estos procedimientos. Los datos del *Infant Feeding Practices Study II*, un estudio longitudinal que siguió a las madres desde el tercer trimestre hasta que los niños tenían un año de edad, descubrieron que la lactancia materna a los 6 meses estaba significativamente asociada con el apoyo de los cuidadores de niños para alimentar a los bebés con leche materna extraída y permitir a las madres amamantar en el lugar antes o después del trabajo (Fein, Grummer-Strawn & Raju, 2008; Fein, Mandal & Roe, 2008). [24]

Muchas madres necesitan dejar a sus bebés en una guardería para trabajar. Cuanto más tiempo esté la madre en el trabajo, más tiempo pasará el bebé con el personal de cuidado. Por lo tanto, el personal y los entornos de las guarderías pueden ser fuentes primarias de apoyo para las madres trabajadoras que desean amamantar, y pueden ayudar a almacenar, manipular y alimentar al bebé con leche materna mientras la madre está en el trabajo (Cameron et al., 2012). En los estudios que examinan el apoyo de los proveedores de atención infantil a la lactancia materna, Javanparast et al. (2012) y Batan & Scanlon (2013) encontraron que, al ayudar a alimentar con leche materna extraída y permitir a las madres amamantar antes o después del trabajo, los proveedores de cuidado infantil ayudaron a las madres a mantener la lactancia materna seis meses después del parto. Sin embargo, Lucas et al. (2013) encontraron cierto déficit de conocimientos entre el personal de cuidado de niños con respecto a los beneficios para la salud y la manipulación adecuada de la leche materna, lo que indica la necesidad de que reciban el apoyo y la formación adecuados para ayudar a las madres trabajadoras. [25]

Los administradores de guarderías son muy conscientes de los beneficios de la leche materna, pero expresan el riesgo que perciben al manipular y alimentar con leche materna (Schafer et al., 2021). Esto se ve reforzado por el hecho de que estudios anteriores también informaron que la falta de conocimientos sobre la lactancia materna y el riesgo percibido de su manipulación entre los administradores de las guarderías constituían obstáculos (Lucas et al., 2013; Marhefka et al., 2019; Schafer et al., 2021). [26]



Figura 3.2.6: Alimentación con biberón. ([27])

Para apoyar el uso de la leche materna en las guarderías, los cuidadores y el personal deben conocer la manipulación y el almacenamiento adecuados de la leche materna y de la fórmula infantil: [28]

- Antes de manipular la leche materna, lávese bien las manos con agua y jabón.
- Refrigere la leche materna extraída en un plazo de 4 horas durante un máximo de 4 días. La leche materna previamente congelada y descongelada debe utilizarse en 24 horas. La leche materna descongelada nunca debe volver a congelarse. Refrigere la fórmula infantil preparada durante un máximo de 24 horas. Si prepara fórmulas infantiles en polvo, use una fuente de agua segura y siga las instrucciones de la etiqueta.
- No guarde la leche materna en la puerta del refrigerador o del congelador. Esto ayudará a proteger la leche materna de los cambios de temperatura por la apertura y el cierre de la puerta.
- No utilice el microondas para calentar la leche materna o las fórmulas infantiles. El microondas puede destruir los nutrientes de la leche materna y crear puntos calientes, que pueden quemar la boca del bebé. Para calentarla de forma segura, coloque el recipiente cerrado de leche materna o de fórmula infantil en un tazón con agua tibia o bajo el grifo de agua tibia.
- Una vez que se le dio al bebé, utilice o deseche los restos rápido (en un plazo de dos horas para la leche materna o de una hora para las fórmulas infantiles).
- Lave a fondo todos los artículos de alimentación del bebé, como biberones y tetinas.
- Considere la posibilidad de desinfectar los artículos de alimentación para los bebés menores de 3 meses, los bebés nacidos prematuramente o los bebés con un sistema inmunitario comprometido.
- La leche recién extraída puede almacenarse de la siguiente manera:
  - a temperatura ambiente (77 °F [25 °C] o más frío) durante un máximo de 4 horas;
  - en el refrigerador hasta 4 días;
  - en el congelador durante unos 6 meses es lo mejor;
  - hasta 12 meses es aceptable. Aunque la congelación mantiene los alimentos seguros casi indefinidamente, es importante seguir los tiempos de almacenamiento recomendados para obtener la mejor calidad.

Fuentes de imágenes

[1] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" por el Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. es de dominio público.

[2] Boquien (2018). Human milk: An ideal food for nutrition of preterm newborn. *Frontiers in Pediatrics*, *6*, 295. CC by 4.0

[3] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

[4] Shah et al., (2019). Physiology, Breast Milk. CC by 4.0

[5] Abou Jaoude et al., (2021). Factors related to breastfeeding support in Lebanese daycare centers: A qualitative study among daycare directors and employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6205.

[6] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

[7] Imagen de Luiza Braun en Unsplash.

[8] Shah et al., (2019). Physiology, Breast Milk. CC by 4.0

[9] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

[10] Suan et al., (2016). Childcare workers' experiences of supporting exclusive breastfeeding in Kuala Muda District, Malaysia: A qualitative study. International Breastfeeding Journal, 12(1), 1-8. CC by 4.0

[11] Abou Jaoude at al., (2021). Factors related to breastfeeding support in Lebanese daycare centers: A qualitative study among daycare directors and employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6205.

[12] Lubold (2019). Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. *International Breastfeeding Journal*, *14*(1), 1-12. CC by 4.0

[13] Imagen de Lubold (2019). Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. *International Breastfeeding Journal*, *14*(1), 1-12. CC by 4.0

[14] Abou Jaoude et al., (2021). Factors related to breastfeeding support in Lebanese daycare centers: A qualitative study among daycare directors and employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6205.

[15] Suan et al., (2016). Childcare workers' experiences of supporting exclusive breastfeeding in Kuala Muda District, Malaysia: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, *12*(1), 1-8. CC by 4.0

[16] "Breastfeeding Report Card" de los CDC es de dominio público.

[17] Beauregard et al., (2019). Racial disparities in breastfeeding initiation and duration among US infants born in 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *68*(34), 745. Dominio público.

[18] La imagen de los CDC es de dominio público.

[19] Suan et al., (2016). Childcare workers' experiences of supporting exclusive breastfeeding in Kuala Muda District, Malaysia: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, *12*(1), 1-8. CC by 4.0

[20] Abou Jaoude et al., (2021). Factors related to breastfeeding support in Lebanese daycare centers: A qualitative study amongdaycare directors and employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6205.

[21] Abou Jaoude et al., (2021). Factors related to breastfeeding support in Lebanese daycare centers: A qualitative study among daycare directors and employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6205.

[22] Imagen de Luiza Braun en Unsplash.

[23] Yabe et al., (2021). Perception and handling of breastmilk by childcare staff: A qualitative study of childcare facilities in Japan. *Journal of General and Family Medicine*. CC by NC 4.0

[24] "Support for Breastfeeding in Early Care and Education" de los CDC es de dominio público.

[25] Suan et al., (2016).Childcare workers' experiences of supporting exclusive breastfeeding in Kuala Muda District, Malaysia: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, *12*(1), 1-8. CC by 4.0

[26] Yabe et al., (2021). Perception and handling of breastmilk by childcare staff: A qualitative study of childcare facilities in Japan. *Journal of General and Family Medicine*. CC by NC 4.0

[27] Imagen de Nathan Dumlao en Unsplash.

[28] "Proper Storage and Preparation of Breast Milk" de los CDC es de dominio público.

3.2: Leche materna- composición, beneficios e índices is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.3: Alimentos complementarios

Alimentos para complementar la leche materna y la fórmula

Alrededor de los seis meses de edad, los bebés deben comenzar a recibir alimentos con muchos nutrientes y adecuados para su desarrollo que complementen la leche materna o la fórmula infantil. Algunos bebés pueden mostrar signos de desarrollo antes de los seis meses, pero no se recomienda introducir alimentos complementarios antes de los cuatro meses. Tampoco se recomienda esperar hasta después de los seis meses para introducir los alimentos, ya que, a partir de esa edad, los alimentos complementarios son necesarios para garantizar una nutrición adecuada y la exposición a sabores, texturas y diferentes tipos de alimentos. Los bebés deben recibir alimentos adecuados a su desarrollo para evitar la asfixia. También es importante introducir los alimentos posiblemente alergénicos junto con otros alimentos complementarios. [1]

En el caso de los bebés alimentados con leche materna, es especialmente importante incluir alimentos complementarios ricos en hierro, ya que la leche materna no es una buena fuente de estos nutrientes. Alrededor de un tercio (32 %) de los bebés en Estados Unidos comienzan a ingerir alimentos y bebidas complementarios antes de los cuatro meses de edad, lo que pone de manifiesto la importancia de proporcionar orientación y apoyo a los cuidadores sobre el momento de introducir los alimentos complementarios. La introducción temprana de alimentos y bebidas complementarias es mayor entre los lactantes que reciben fórmulas infantiles (42 %) o una combinación de fórmulas y leche materna (32 %) que entre los lactantes que se alimentan exclusivamente con leche materna (19 %). [2]

Alergias alimentarias

Las alergias alimentarias son una preocupación creciente en materia de seguridad alimentaria y salud pública que afecta a una cantidad estimada del 8 % de los niños en Estados Unidos (Gupta et al., 2018). Es decir, 1 de cada 13 niños, o unos 2 alumnos por aula. Una alergia alimentaria se produce cuando el organismo tiene una respuesta inmunitaria específica y reproducible a determinados alimentos (Boyce et al., 2011). La respuesta inmunitaria del organismo puede ser grave y poner en peligro la vida, como la anafilaxia. Son ocho los alimentos o grupos de alimentos que provocan la mayoría de las reacciones alérgicas graves en Estados Unidos: leche, huevos, pescado, mariscos crustáceos, trigo, soja, maní y frutos secos (Boyce et al., 2011). [3]

No hay cura para las alergias alimentarias. La única manera de prevenir una reacción es evitar estrictamente el alérgeno alimentario. Sin embargo, dado que no siempre es fácil o posible evitar ciertos alimentos, el personal de los programas de atención y educación para la primera infancia debe elaborar planes para prevenir una reacción alérgica y responder a una emergencia por alergia alimentaria, incluida la anafilaxia. El reconocimiento y el tratamiento tempranos y rápidos pueden evitar problemas de salud graves o la muerte. Los síntomas y la gravedad de las reacciones alérgicas a los alimentos pueden ser diferentes entre las personas y también pueden ser diferentes para una misma persona con el tiempo. La anafilaxia es una reacción alérgica repentina y grave que puede causar la muerte, pero no todas las reacciones alérgicas terminan en una anafilaxia (Sampson *et al.*, 2006). [4]

Preparación del desarrollo para empezar a comer alimentos sólidos

La edad a la que los bebés alcanzan las diferentes etapas del desarrollo varía. Por lo general, entre los 4 y los 6 meses, los bebés desarrollan las habilidades orales, motoras gruesas y motoras finas necesarias para empezar a comer alimentos complementarios. A medida que se desarrollan las habilidades bucales del bebé, se puede variar gradualmente el grosor y la textura de los alimentos. Los signos de que un bebé está preparado para recibir alimentos complementarios son los siguientes: [5]

- Es capaz de controlar la cabeza y el u cuello.
- Se sienta solo o con un apoyo.
- Se lleva objetos a la boca.
- Intenta agarrar objetos pequeños, como juguetes o comida.
- Traga la comida en lugar de empujarla hacia la barbilla.



Figura 3.3.1: Bebé disfrutando de la comida. ([6])

Los bebés y los niños pequeños deben recibir alimentos adecuados a su desarrollo para evitar la asfixia. Algunos alimentos, como perritos calientes, caramelos, frutos secos y semillas, zanahorias crudas, uvas, palomitas de maíz y trozos de mantequilla de maní pueden suponer un riesgo de asfixia para los niños pequeños. Los cuidadores pueden tomar medidas para disminuir los riesgos de asfixia, como los siguientes: [7]

- ofrecer alimentos con el tamaño, la consistencia y la forma adecuados permitirá al bebé o al niño pequeño comer y tragar con facilidad;
- asegurarse de que el bebé o el niño pequeño esté sentado en una silla o en otro lugar seguro y supervisado;
- asegurarse de que un adulto supervise la alimentación durante las comidas;
- no poner cereales infantiles u otros alimentos sólidos en el biberón del bebé. Esto podría aumentar el riesgo de asfixia y no hará que el bebé duerma más tiempo.

Fuentes de imágenes

[1] "Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025" por el Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. es de dominio público.

[2] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

[1] "Food Allergies" de los CDC es de dominio público.

[4] "Food Allergies" de los CDC es de dominio público.

[5] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

[6] Imagen de Derek Owens en Unsplash

[7] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

3.3: Alimentos complementarios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.4: Preocupación por el consumo insuficiente y excesivo

Consumo excesivo e insuficiente

En Estados Unidos, algunos componentes de la dieta son motivo de preocupación para la salud pública de los bebés y de los niños pequeños. El hierro es un componente dietético preocupante entre los bebés de 6 a 11 meses que se alimentan principalmente de leche materna y consumen una cantidad insuficiente de hierro en los alimentos complementarios. Los bebés de más edad que se alimentan principalmente de leche materna también consumen poco zinc y proteínas de los alimentos complementarios; y es evidente que los bebés de más edad también consumen poca cantidad de vitamina D, colina y potasio. Durante el segundo año de vida, los componentes de la dieta que preocupan en materia de salud pública por su consumo insuficiente son vitamina D, fibra y potasio; y la preocupación por el consumo excesivo incluye azúcares añadidos y sodio. [1]

Introducir alimentos ricos en hierro a partir de los seis meses

Los alimentos ricos en hierro son componentes importantes de la dieta del bebé desde los 6 hasta los 11 meses para mantener un nivel de hierro adecuado, que favorece el desarrollo del cerebro y la función inmunitaria. Los bebés suelen nacer con reservas corporales de hierro adecuadas para los primeros 6 meses de vida, según la edad gestacional, el nivel de hierro de la madre y el momento del pinzamiento del cordón umbilical. Sin embargo, a los 6 meses, los bebés necesitan una fuente externa de hierro aparte de la leche materna. [1]

Una fuente de alimentación complementaria de hierro que comience cerca de los 6 meses es especialmente importante para los bebés alimentados con leche materna, ya que el contenido de hierro de la leche materna es bajo y la ingesta de hierro de la madre durante la lactancia no aumenta su concentración de hierro. En Estados Unidos, se estima que el 77 % de los bebés alimentados con leche materna tienen una ingesta inadecuada de hierro durante la segunda mitad de la primera infancia, lo que pone de manifiesto la importancia de introducir alimentos ricos en hierro a partir de los 6 meses. [1]

Es probable que los bebés que reciben la mayor parte de su alimentación láctea en forma de fórmulas infantiles enriquecidas con hierro necesiten menos hierro de los alimentos complementarios a partir de los 6 meses. Después de los 12 meses, los niños tienen una menor necesidad de hierro, pero siguen siendo necesarias buenas fuentes alimentarias de hierro para mantener una concentración adecuada y evitar su deficiencia. [1]

El hierro que se encuentra en los alimentos se presenta en dos formas: hierro hemo y no hemo. El hierro hemo se encuentra habitualmente en los productos animales, y el organismo lo absorbe más fácil. Las fuentes de hierro hemo incluyen las siguientes: [2]

- carnes rojas (por ejemplo, ternera, cerdo, cordero, cabra o venado);
- mariscos (por ejemplo, pescados grasos);
- aves de corral (por ejemplo, pollo o pavo);
- huevos.

El hierro no hemo puede encontrarse en las plantas y en los productos enriquecidos con hierro. Este tipo de hierro es menos fácil de absorber por el organismo, y se necesitará una planificación cuidadosa para que el bebé obtenga suficiente hierro. Las fuentes de hierro no hemo incluyen las siguientes: [2]

- cereales infantiles enriquecidos con hierro;
- tofu;
- frijoles y lentejas;
- verduras de hoja verde oscura.

Combinar fuentes de hierro no hemo con alimentos ricos en vitamina C puede ayudar a la absorción del hierro. Las frutas y las verduras ricas en vitamina C incluyen las siguientes: [2]

- cítricos, como la naranja,
- bayas,
- papaya,
- tomates,
- batatas,
- brócoli,

- col,
- verduras de hoja verde oscura.



Figura 3.4.1: Bebé disfrutando de una deliciosa fresa. ([3])

Introducir alimentos ricos en zinc a partir de los seis meses

Los alimentos complementarios ricos en zinc son importantes a partir de los 6 meses para conseguir un nivel adecuado de zinc, lo que favorece el crecimiento y la función inmunitaria. Aunque el contenido de zinc de la leche materna es inicialmente elevado y se absorbe de manera eficaz, la concentración disminuye durante los primeros 6 meses de lactancia y no se ve afectada por la ingesta de zinc de la madre. Durante la segunda mitad de la primera infancia, aproximadamente la mitad (54 %) de los bebés estadounidenses que se alimentan con leche materna tienen una ingesta inadecuada de zinc. Dar prioridad a los alimentos ricos en zinc a partir de los 6 meses para complementar la alimentación con leche materna puede ayudar a los bebés a cubrir sus necesidades de zinc. [1]

Fomentar la variedad de alimentos

Para apoyar el consumo adecuado de nutrientes, fomentar la aceptación de los alimentos saludables y encaminar la ingesta hacia un patrón saludable, es importante incentivar los alimentos de todos los grupos alimentarios. Dado que los niños muy pequeños están expuestos a nuevas texturas y sabores por primera vez, pueden ser necesarias

hasta 8 o 10 exposiciones para que un bebé acepte un nuevo tipo de alimento. Ofrecer repetidamente alimentos, como frutas y verduras aumenta la probabilidad de que el bebé los acepte (Nicklaus, 2016). Varios estudios han demostrado que un alimento se consume más y el bebé lo considera más agradable después de varios ofrecimientos. Por ejemplo, se observó un aumento de la aceptación de una nueva verdura verde después de 10 exposiciones (Sullivan & Birch, 1994), y se demostró un aumento de la ingesta de una nueva fruta o verdura después de 8 exposiciones (Birch, Gunder, Grimm-Thomas & Laing, 1998). El efecto de la exposición repetida es bien significativo para aumentar la aceptación de alimentos que la madre había identificado anteriormente que el bebé los rechazaba, los cuales eran con mayor frecuencia las verduras verdes y la calabaza (Maier et al., 2007). Sin embargo, a pesar del éxito documentado tras múltiples ofrecimientos, la mayoría de las veces los alimentos solo se presentan una cantidad limitada de veces (muchas veces menos de cinco) antes de que los padres decidan que al bebé no le gusta ese alimento (Carruth, Ziegler, Gordon & Barr, 2004). [1] [3]

Una dieta diversa y rica en nutrientes desde los 6 meses hasta la infancia incluye una variedad de alimentos de cada grupo. Los alimentos proteicos, como las carnes, las aves, los huevos, los mariscos, los frutos secos, las semillas y los productos de soja son fuentes importantes de hierro, zinc, proteínas, colina y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. Los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, en concreto los ácidos grasos esenciales omega-3 y omega-6 que se suministran con los mariscos, los frutos secos, las semillas y los aceites, influyen en la concentración de ácidos grasos del bebé y se encuentran entre los nutrientes clave necesarios para el rápido desarrollo del cerebro que se produce durante los primeros dos años de vida del bebé. Algunos tipos de pescado, como el salmón y la trucha, también son fuentes naturales de vitamina D. [4]



Figura 3.4.2: Una variedad de verduras de colores para disfrutar. ([5])

Las verduras y las frutas, en especial las ricas en potasio, vitamina A y vitamina C, deben ofrecerse a los bebés y a los niños pequeños a partir de los 6 meses y hasta la primera infancia. El subgrupo de legumbres, guisantes y lentejas también es una buena fuente de proteínas y fibra alimentaria. [1]

En cuanto a los lácteos, las familias pueden introducir el yogur y el queso, incluido el yogur de soja, antes de los 12 meses. Sin embargo, los bebés no deben consumir leche de vaca, como una bebida, ni bebida de soja fortificada, antes de los 12 meses en sustitución de la leche materna o de las fórmulas infantiles. En el segundo año de vida, cuando aumentan las necesidades de calcio, los productos lácteos (como la leche, el yogur, el queso, las bebidas y el yogur de soja fortificados) constituyen una buena fuente de calcio. La leche enriquecida con vitamina D y las bebidas de soja también son una buena fuente de vitamina D. A los menores de dos años, ofrézcales productos lácteos sin azúcares añadidos. [1]

Los cereales, incluidos los cereales infantiles fortificados con hierro, desempeñan un papel importante a la hora de satisfacer las necesidades nutritivas durante esta etapa de la vida. Los cereales infantiles enriquecidos con hierro son, entre otros, avena, cebada, multicereales y arroz. El cereal de arroz enriquecido con hierro es una buena fuente de nutrientes para los bebés, pero no debería ser el único tipo de cereal que se les dé. Ofrecer a los niños pequeños granos integrales con más frecuencia que granos refinados aumentará la ingesta de fibra alimentaria y de potasio durante el segundo año de vida, y ayudará a los niños pequeños a establecer prácticas alimentarias saludables. [1]

Componentes dietéticos que deben limitarse

Aunque se fomenta la ingesta de cada grupo de alimentos, algunos componentes de la dieta deben limitarse. Los bebés y los niños pequeños prácticamente no tienen espacio en su dieta para los azúcares añadidos. Esto se debe a que las necesidades nutritivas de los bebés y niños pequeños son bastante elevadas en relación con su tamaño, pero la cantidad de alimentos complementarios que consumen es pequeña. Los alimentos complementarios deben ser ricos en nutrientes y no contener calorías adicionales procedentes de azúcares añadidos. Además, los edulcorantes bajos en calorías o sin calorías no se recomiendan para niños menores de dos años. Las preferencias gustativas se están formando durante este período, y los bebés y los niños pequeños pueden desarrollar preferencias por alimentos demasiado dulces si se les presentan durante este período. [1]



Figura 3.4.3: Las delicias de una torta para ti solo. ([6])

El sodio se encuentra en una serie de alimentos, como algunos aperitivos salados, alimentos comerciales para niños pequeños y carnes procesadas. Además de mantener la ingesta de sodio limitada para los niños pequeños, otro motivo para evitar los alimentos con un contenido elevado de sodio es que las preferencias gustativas por los alimentos salados pueden establecerse a una edad temprana. Elija alimentos frescos o congelados bajos en sodio cuando estén disponibles, y alimentos enlatados bajos en sodio para minimizar el contenido de sodio. [1]

Los bebés no deben recibir ningún alimento que contenga miel cruda o cocida. La miel puede contener la bacteria *Clostridium botulinum*, que podría causar una enfermedad grave o la muerte del bebé. Los bebés y los niños pequeños tampoco deberían recibir alimentos o bebidas sin pasteurizar, como jugos, leche, yogur o quesos sin pasteurizar, ya que podrían contener bacterias dañinas. [1]

Debido a las necesidades de nutrientes relativamente altas de los niños pequeños, un patrón dietético saludable no tiene prácticamente espacio para los azúcares añadidos. Los niños pequeños consumen una media de más de 100 calorías de azúcares añadidos al día, entre 40 y 250 calorías diarias (entre 2.5 y 16 cucharaditas). Las bebidas azucaradas, sobre todo las de frutas, contribuyen en más de un 25 % a la ingesta total de azúcares añadidos, y los productos de panadería dulces, en un 15 %. Otras categorías de fuentes de alimentos contribuyen por sí solas a una proporción menor del total de los azúcares añadidos, pero la amplia variedad de fuentes, que incluye yogures, cereales listos para el consumo, caramelos, frutas, leche saborizada, sustitutos lácteos, productos alimenticios para bebés, y panes, indica la necesidad de elegir con cuidado todos los alimentos. [1]

Fuentes de imágenes

[1] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

[2] "Iron" del CDC es de dominio público.

[3] Imagen de Stewardesign en Pixabay.

[4] Nicklaus (2016) *Complementary feeding strategies to facilitate acceptance of fruits and vegetables: A narrative review of the literature. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(11), 1160. CC by 4.0.

[5] Imagen de Marisol Benitez en Unsplash.

[6] Imagen de Henley Design Studio en Unsplash.

3.4: Preocupación por el consumo insuficiente y excesivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.5: Bebidas

Bebés y bebidas

En el caso de los bebés sanos con una ingesta adecuada de leche materna o de fórmulas infantiles, no suele ser necesario un suplemento de agua durante los primeros 6 meses. Se pueden dar pequeñas cantidades (hasta 4 oz [113 g] a 8 oz [226 g] por día) de agua potable simple y fluorada a los bebés con la presentación de alimentos complementarios. La ingesta de agua potable simple y fluorada puede aumentarse lentamente después del año para cumplir con las necesidades de hidratación y fluoruro. [1]

Los bebés no deben consumir leche de vaca o bebidas de soja enriquecidas antes de los 12 meses para sustituir la leche materna o la fórmula infantil. La leche de vaca no tiene la cantidad adecuada de nutrientes para los bebés, y su mayor contenido en proteínas y minerales es difícil de procesar para los riñones y el sistema digestivo del bebé. La leche de vaca (entera) o la bebida de soja enriquecida sin azúcar pueden ofrecerse a partir de los 12 meses para ayudar a satisfacer las necesidades de calcio, potasio, vitamina D y proteínas. Deben evitarse las leches saborizadas para niños de 12 a 23 meses porque contienen azúcares añadidos. [1]

Las alternativas de leche de origen vegetal incluyen bebidas elaboradas a partir de plantas, como la soja, la avena, el arroz, el coco y la almendra. Estas bebidas no deben utilizarse durante el primer año de vida para sustituir a la leche materna o a las fórmulas infantiles. Pueden venir en diferentes sabores y algunas tienen azúcares añadidos. Las versiones no azucaradas de estas bebidas pueden incorporarse a la dieta en pequeñas cantidades durante el segundo año de vida, pero la mayoría tienen muchas menos proteínas que la leche de vaca y no siempre están enriquecidas con calcio y vitamina D.

Entre las alternativas lácteas de origen vegetal, solo la bebida de soja enriquecida se considera actualmente un equivalente lácteo. Así, el consumo de otras bebidas de origen vegetal no contribuye a cumplir las recomendaciones sobre los productos lácteos. [1]

Antes de los doce meses, no deben darse a los bebés jugos de frutas o verduras al 100 %. En el segundo año de vida, el jugo de fruta no es necesario, y la mayor parte de la ingesta de fruta debe provenir del consumo de fruta entera. Si se proporciona jugo de fruta al 100 %, hasta 4 oz (113 g) al día pueden encajar en un patrón dietético saludable. Deben evitarse los jugos que contienen azúcares añadidos. [1]

Las bebidas azucaradas (p. ej., los refrescos normales, los jugos que no sean 100 % de fruta, las bebidas isotónicas y el agua saborizada con azúcar) no deben darse a los niños menores de 2 años. Las bebidas etiquetadas como bebidas de fruta o con sabor a fruta no son lo mismo que el jugo de fruta 100 % y contienen azúcares añadidos. Estas bebidas desplazan a las bebidas y alimentos ricos en nutrientes en la dieta de los niños pequeños. Los bebés y los niños pequeños no tienen espacio en sus dietas para las calorías adicionales de los azúcares añadidos que se encuentran en estas bebidas. Además, la ingesta de bebidas azucaradas en la primera infancia puede predisponer a los niños a consumir más de estas bebidas cuando crezcan. [1]

Existen preocupaciones sobre los posibles efectos negativos de la cafeína en la salud de los niños pequeños, y no se han establecido límites seguros de cafeína para este grupo etario. La cafeína es un estimulante que puede estar presente de forma natural en alimentos y bebidas o como un aditivo. Las principales fuentes de cafeína para los estadounidenses son las bebidas, como los refrescos, el té, el café y las bebidas isotónicas. Deben evitarse bebidas que contienen cafeína en los bebés y niños pequeños. [1]

Fuentes de imágenes

[1] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

3.5: Bebidas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.6: Patrones dietéticos saludables durante el segundo año de vida

Patrones alimentarios

En el segundo año de vida, los niños pequeños consumen menos leche materna, y no se recomiendan las fórmulas infantiles. Las calorías y los nutrientes deberían satisfacerse predominantemente a partir de un patrón alimentario saludable de alimentos y bebidas adecuados para la edad. [1]

En la siguiente tabla, se muestra un patrón alimentario saludable para los niños de 12 a 23 meses que ya no reciben leche materna o fórmula infantil. El patrón se ofrece en niveles calóricos que van de 700 a 1 ,000 calorías al día, lo cual es apropiado para la mayoría de los niños de 12 a 23 meses. Un patrón alimentario saludable incluye una variedad de frutas, verduras, cereales, alimentos proteicos (incluidos carnes magras, aves de corral, huevos, mariscos, frutos secos y semillas), productos lácteos (incluidos la leche, el yogur y el queso) y aceites.

Table 3.6.1**: Subgrupos de verduras en cantidades semanales**

NIVEL CALÓRICO DEL PATRÓN	700	800	900	1000
Verduras: Total (tazas/día)	2/3	3/4	1	1
Verduras de color verde oscuro (tazas/semana)	1	1/3	1/2	1/2
Verduras rojas y naranjas (tazas/semana)	1	1 3/4	2 1/2	2/12
Frijoles, guisantes y lentejas (tazas /semana)	3/4	1/3	1/2	1/2
Verduras con almidón (tazas /semana)	1	1 1/2	2	2
Otras verduras (tazas/semana)	3/4	1 1/4	1 1/2	1 1/2
Frutas (tazas/día)	1/2	3/4	1	1
Granos (onzas [gramos]/día)	1 3/4 (49.61)	2 1/4 (63.78)	2 1/2 (70.87)	3 (85)
Cereales integrales (onzas [gramos] /día)	1 1/2 (42.5)	2 (56.69)	2 (56.69)	2 (56.69)
Granos refinados (onzas [gramos] /día)	1/4 (7.08)	1/4 (7.39)	1/2 (14.17)	1 (28.34)
Lácteos (tazas/día)	1 2/3	1 3/4	2	2
Alimentos proteicos (onzas [gramos] /día)	2 (56.69)	2 (56.69)	2 (56.69)	2 (56.69)

Table 3.6.2**:** Subgrupos de alimentos proteicos en cantidades semanales

NIVEL CALÓRICO DEL PATRÓN	700	800	900	1,000
Carnes, aves de corral (onzas [gramos]/semana)	8 3/4 (233)	7 (198)	7 (198)	7 3/4 (219)
Huevos (onzas [gramos]/semana)	2 (56.69)	2 3/4 (77.96)	2 1/4 (63.78)	2 1/4 (63.78)
Mariscos (onzas [gramos]/semana)	2-3 (56.69-85)	2-3 (56.69-85)	2-3 (56.69-85)	2-3 (56.69-85)
Frutos secos, semillas y productos de soja (onzas [gramos]/semana)	1 (28.34)	1 (28.34)	1 1/4 (35.43)	1 1/4 (35.43)
Aceites (gramos/día)	**9**	**9**	**8**	**13**

Una vez cumplidas las recomendaciones de los grupos y subgrupos de alimentos, se asigna una pequeña cantidad de calorías a los aceites. La recomendación de limitar las grasas saturadas a menos del 10 % de las calorías al día no se aplica a los menores de 2

años, y la inclusión de versiones de los lácteos con mayor contenido en grasa es una diferencia notable en el patrón para los niños de 12 a 23 meses en comparación con los patrones para los mayores de 2 años. Sin embargo, no quedan calorías en el patrón para las grasas saturadas adicionales o para los azúcares añadidos. Este patrón alimentario requiere una cuidadosa elección de alimentos y bebidas, pero no requiere la inclusión de productos fortificados específicamente formulados para bebés o niños pequeños para cumplir las recomendaciones de nutrientes. [1]

De acuerdo con el artículo “Advice About Eating Fish” de la FDA y de la Agencia de Protección Ambiental (Environmental Protection Agency, EPA), los niños pequeños deben consumir los mariscos con menor contenido de metilmercurio y deben evitar ciertas especies de mariscos. Si se consumen hasta 2 oz (56.69 g) de mariscos a la semana, los niños solo deben alimentarse con las variedades cocinadas de la lista “Best Choices” que se enumeran en la Figura 3.6.1. Si consumen hasta 3 oz (85 g) de mariscos a la semana, los niños solo deben alimentarse con las variedades cocinadas de la lista “Best Choices” que contienen menos metilmercurio: peces planos (p. ej., platija), salmón, tilapia, gambas, pez gato, cangrejo, trucha, eglefino, ostras, sardinas, calamares, abadejo, anchoas, langostinos, vieiras, pescadilla, almejas, sábalo y caballa del Atlántico. Si se consumen hasta 3 oz (85 g) de mariscos a la semana, deben evitarse muchas variedades de mariscos que se consumen habitualmente porque los niños no pueden consumir 3 oz (85 g) a la semana sin que se superen los límites seguros de metilmercurio; algunos ejemplos que no deben consumirse son atún claro o blanco (albacora) en conserva, bacalao, perca y lubina negra. [1]



Figura 3.6.1: Pescado clasificado por nivel de riesgo de mercurio. ([3]) Ver versión de texto

En la Figura 3.6.1, se muestra la ingesta alimentaria de los niños pequeños durante el segundo año de vida, es decir, lo que realmente comen. La ingesta media de los grupos de alimentos se compara con el rango de ingestas recomendadas. La ingesta media de alimentos lácteos, la mayoría de los cuales se consumen en forma de leche, suele superar las cantidades recomendadas en los niños pequeños. De hecho, la diferencia entre la recomendación diaria y la ingesta real es la mayor de todos los grupos de alimentos.

La ingesta de yogur y queso representa aproximadamente el 10 % de la ingesta de lácteos. Las bebidas de origen vegetal y las leches saborizadas representan cada una cerca del 2 % de la ingesta de lácteos entre los niños pequeños. Aproximadamente el 60 % de los niños pequeños cumplen o superan la ingesta recomendada de fruta. La mayor parte de las veces, se consume como una fruta entera (fresca, enlatada, en puré o congelada) o como un jugo 100 % de fruta. La ingesta media de verduras totales está por debajo de las cantidades recomendadas, y casi el 90 % de los niños pequeños no cumple las recomendaciones. Alrededor de la mitad de las verduras se consumen solas, una cuarta parte se consume como parte de un plato mixto y casi el 5 % se consume como aperitivos salados (p. ej., papas fritas). [1]

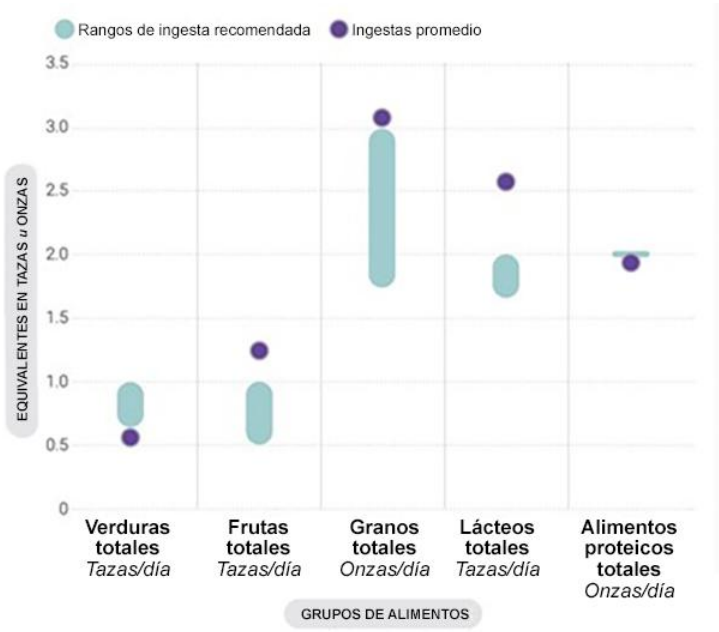


Figura 3.6.2: Ingesta media diaria de grupos de alimentos comparada con los rangos de ingesta recomendados. Ingesta recomendada para lo siguiente:: Total de verduras = 0.5-1 taza; Total de frutas = 0.5-1; Total de cereales = 1.75-3; Total de lácteos = 1.75-2; Total de alimentos proteicos = 2. Ingesta media para lo siguiente: Total de verduras =0.75; Total de frutas = 1.25, Total de cereales = 3, Total de lácteos = 2.5; Total de alimentos proteicos = 2. ([4])

Si bien la ingesta media global de verduras totales está por debajo de las cantidades recomendadas, el consumo de tipos específicos de verduras es menor que el de otros. En la Figura 3.6.41, se muestra la ingesta media de diferentes tipos de verduras (verdes oscuras, rojas y naranjas, frijoles, guisantes y lentejas, feculentas y otras) en comparación con el rango recomendado. De todos los tipos de verduras, la diferencia entre el rango recomendado de verduras de color verde oscuro y la ingesta real es la mayor de todos los grupos de alimentos. Los niños pequeños deberían comer más verduras de color verde oscuro. Para todos los demás tipos de verduras, la ingesta media se sitúa en el extremo inferior de lo recomendado. Por ejemplo, mientras que la ingesta media de verduras rojas y naranjas es de 1 a 1.5 tazas a la semana, el rango de ingesta recomendado es de 1 a 2.5 tazas a la semana.

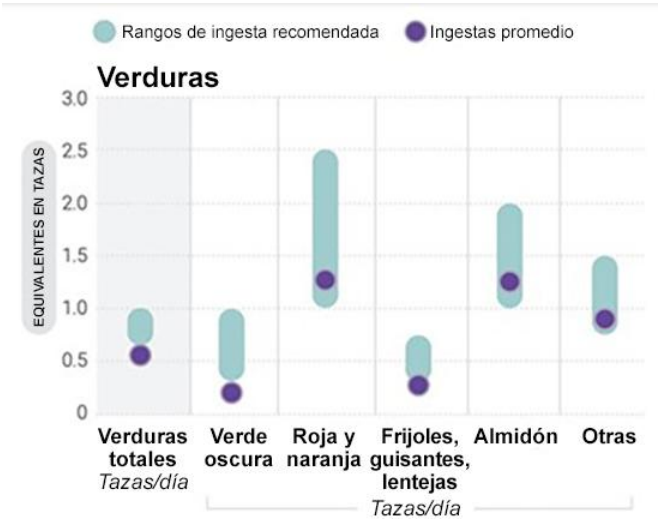


Figura 3.6.3: Ingesta media de verduras comparada con los rangos de ingesta recomendados para niños de 12 a 23 meses.

Rangos de ingesta recomendados para las verduras: De color verde oscuro = 0.25-1; Rojas y naranjas = 1-2.5; Frijoles, guisantes y lentejas = 0.25-0.75; Feculentas = 1-2; Otras = 0.75-1.5. Ingesta media de verduras: De color verde oscuro = 0.25; Rojas y naranjas = 1.25; Frijoles, guisantes, lentejas = 0.25; Almidón = 1.25; Otros = 0.75([4])

En la Figura 3.6.4, se muestra la ingesta media de cereales en comparación con los rangos de ingesta recomendados para los niños de 12 a 23 meses. Los cereales totales, en especial los refinados, se consumen en cantidades que superan las recomendaciones. Por el contrario, la ingesta de cereales integrales no alcanza las cantidades recomendadas en más del 95 % de los niños pequeños. La

mayoría de los cereales se consumen en panes, panecillos, tortillas u otros productos de panadería, o como parte de un plato mixto. El 10 % de los cereales procede de productos de panadería dulces y aproximadamente el 15 % procede de galletas y aperitivos salados. Muchas de estas categorías son las principales fuentes de sodio o azúcares añadidos en este grupo etario. [1]



Figura 3.6.4: Ingesta media de cereales comparada con los rangos de ingesta recomendados para niños de 12 a 23 meses. Recomendado: Granos totales recomendados = 1.75-3 (49.6-85 g); Granos enteros = 1.5-2 (42.5-56.69 g); Granos refinados = 0.75-1 (21.26-28.34 g). Ingesta media: Granos totales = 3 (85 g); Granos enteros = 5 (141 g); Granos refinados = 2.5 (70.87 g). ([1])

En la Figura 3.6.5, se muestra la ingesta media de proteínas en comparación con los rangos de ingesta recomendados para los niños de 12 a 23 meses. La ingesta de alimentos proteicos está dentro del rango recomendado, en promedio. La ingesta de carnes, de aves de corral y de huevos constituye la mayor parte de la ingesta de alimentos proteicos; sin embargo, la ingesta de mariscos en los niños pequeños es baja. Los niños de esta edad pueden reducir la ingesta de sodio al comer menos carnes curadas o procesadas, como salchichas, fiambres y embutidos. [1]

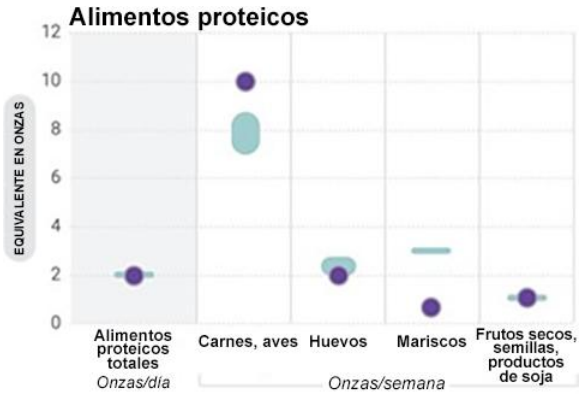


Figura 3.6.5: Ingesta media de proteínas comparada con los rangos de ingesta recomendados para niños de 12 a 23 meses. Rangos de ingesta recomendada de alimentos proteicos en onzas (gramos): Total de alimentos proteicos = 2 (56.69); Carnes y aves de corral = 7-9 (198-255); Huevos = 3 (85); Mariscos = 3 (85); Frutos secos, semillas y productos de soja = 3 (85). Ingesta media - Total de alimentos proteicos: 2 (56.69 g); Carnes y aves = 10 (283 g); Huevos = 2 (56.69 g); Mariscos = 1 (28.34 g); Frutos secos, semillas y productos de soja = 5 (141 g). ([1])

Fuentes de imágenes

[1] "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es de dominio público.

[2] Imagen extraída de "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025", del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. es de dominio público.

[3] El artículo "Advice about eating fish" de la FDA es de dominio público.

[4] Imagen extraída de "*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025" del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. es de dominio público.

3.6: Patrones dietéticos saludables durante el segundo año de vida is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.7: Apoyar una alimentación saludable

Alimentación saludable

Además de “con qué” alimentar a los niños, también es fundamental “cómo” alimentarlos. La exposición repetida a los alimentos puede aumentar la aceptación de nuevos alimentos. Otro concepto importante es la alimentación perceptiva, un estilo de alimentación que hace hincapié en reconocer y responder a las señales de hambre o saciedad de un bebé o de un niño pequeño.

Incluso antes de que un niño pueda hablar, mostrará señales de hambre o saciedad mediante sonidos y movimientos corporales. El llanto suele ser un signo tardío de hambre. Entender las señales del niño es importante para saber cuándo y con qué frecuencia hay que alimentarlo. La alimentación perceptiva es un término utilizado para describir un estilo de alimentación que hace hincapié en reconocer y responder a las señales de hambre o saciedad de un bebé o de un niño pequeño. Además, la alimentación perceptiva ayuda a los niños pequeños a aprender a autorregular su ingesta. [1]

Entre el nacimiento y los cinco meses, un niño puede tener hambre si hace lo siguiente: [1]

- Se lleva las manos a la boca.
- Gira la cabeza hacia el pecho de la madre o el biberón.
- Hace puchero, hace ruido con la boca o se lame los labios



Figura 3.7.1: Bebé mostrando signos de hambre. ([2])

Entre el nacimiento y los cinco meses, un niño puede estar lleno si hace lo siguiente: [1]

- Cierra la boca.
- Gira la cabeza para alejarla del pecho de la madre o del biberón.
- Relaja las manos.
- Entre los 6 y los 23 meses, un niño puede tener hambre si hace lo siguiente: [1]
- Busca o señala la comida.
- Abre la boca cuando se le ofrece una cuchara o comida.
- Se emociona cuando ve comida.
- Utiliza movimientos de la mano o emite sonidos para hacerle saber que todavía tiene hambre



Figura 3.7.2: Un niño pequeño disfrutando de la comida. ([3]

Entre los 6 y los 23 meses, un niño puede estar lleno si hace lo siguiente: [1]

- Aleja la comida.

- Cierra la boca cuando se le ofrece comida.
- Gira la cabeza para alejarla de la comida.
- Utiliza movimientos de la mano o emite sonidos para hacerle saber que está lleno.



Figura 3.7.3: Niño dando señales de estar lleno. ([1])

Acceder a un patrón alimentario saludable

Existen muchos recursos para apoyar el crecimiento y el desarrollo saludables durante la infancia y la niñez. Entre ellos se encuentran los siguientes programas gubernamentales que tienen como objetivo apoyar un patrón alimentario saludable para los bebés y niños pequeños que viven en hogares con ingresos limitados: [1]

- **El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)** apoya la nutrición de los bebés y de niños en la primera infancia al complementar la dieta de las mujeres embarazadas o en período de lactancia y al proporcionar apoyo a la lactancia materna y fórmulas infantiles enriquecidas con hierro cuando no se dispone de leche materna o se brinda solo parcialmente. El Programa WIC se adapta a la transición a alimentos sólidos al proporcionar alimentos ricos en nutrientes en los paquetes de alimentos suplementarios que se ofrecen a los bebés y niños pequeños.

  La educación y el asesoramiento en materia de nutrición y la remisión a servicios sanitarios y sociales son otros recursos importantes que se ofrecen a los participantes del Programa WIC que califican por sus ingresos.
- **El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP)** reembolsa las comidas y los refrigerios ricos en nutrientes que se sirven a los bebés y a los niños pequeños en los centros de cuidado infantil participantes, incluidos en los programas “Head Start”, y en las guarderías donde los bebés y los niños pequeños también tienen acceso a exámenes de salud, y las familias pueden conectarse a los servicios de salud para apoyar su bienestar general.
- **El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)** es el mayor programa de asistencia alimentaria de Estados Unidos. El SNAP ayuda a satisfacer las necesidades nutritivas de los bebés y niños pequeños que viven en hogares con bajos ingresos, al proporcionar beneficios mensuales temporales que pueden utilizarse para acceder a un patrón alimentario saludable. Estos programas gubernamentales de nutrición son especialmente importantes para el 14 % de las familias con niños que sufren inseguridad alimentaria y pueden tener dificultades para acceder a los alimentos necesarios para mantener un patrón alimentario saludable. Los profesionales pueden utilizar estos recursos, así como otros recursos gubernamentales y no gubernamentales que existen en las comunidades, para apoyar la alimentación saludable durante la infancia y la niñez.

Fuentes de imágenes

[1] “Signs Your Child is Hungry or Full” de los CDC es de dominio público.

[2] Imagen de los CDC.

[3] La imagen de los CDC es de dominio público.

[4] La imagen de los CDC es de dominio público.

[5] “*Dietary Guidelines for Americans*, 2020-2025” por el Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. es de dominio público.

3.7: Apoyar una alimentación saludable is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.8: Sueño

La importancia del sueño

Junto con la alimentación y la nutrición, el sueño es fundamental durante los tres primeros años para promover un desarrollo saludable. El sueño se desarrolla rápido durante los primeros años de vida y es un proceso muy dinámico con muchos cambios durante los tres primeros años. Al nacer, los bebés no tienen un ritmo circadiano establecido para regular su ciclo de sueño y vigilia; y, por lo tanto, duermen en varios intervalos durante el día y la noche en rachas cortas, lo que también puede deberse a sus necesidades de alimentación (Davis, Parker & Montgomery, 2004). Entre las 10 y las 12 semanas de edad, comienzan a desarrollarse los primeros signos del ritmo circadiano, marcados por un aumento del sueño nocturno (Mirmiran, Baldwin & Ariagno, 2003). El cambio en la duración total del sueño a lo largo de 24 horas disminuye de 16 a 17 horas en los recién nacidos, a 14 o 15 horas a las 16 semanas de edad, y luego disminuye aún más, a 13 o 14 horas a los 6 meses de edad (Adams, Jones, Esmail & Mitchell, 2004; Galland, Taylor, Elder & Herbison, 2012). Mientras que la necesidad de sueño diurno disminuye, la duración del sueño nocturno aumenta durante el primer año de vida, lo que da lugar a un cambio hacia un patrón de sueño más nocturno (Bruni et al., 2014; Iglowstein, Jenni, Molinari & Largo, 2003; Sadeh, Mindell, Luedtke & Wiegand, 2009).[1]



Figura 3.8.1: Durmiendo cómodo con un cuidador de confianza. ([2])

La preocupación de que los niños no duermen lo suficiente existe desde hace más de cien años, y ya en 1897 se recomendaba la duración ideal del sueño para los niños (Matricciani et al., 2012). La National Sleep Foundation (NSF) recomienda una duración diaria del sueño de 14 a 17 horas por día desde el nacimiento hasta los 3 meses; de 12 a 15 horas por día de los 4 a 11 meses; de 11 a 14 horas por día para los bebés de 1 a 2 años; y de 10 a 13 horas por día para los preescolares de 3 a 5 años (Hirshkowitz et al., 2015). Sin embargo, muchos bebés y niños pequeños duermen menos de lo recomendado (Matricciani et al., 2012). En la Figura 3.8.2, se muestra los datos de la duración del sueño según la edad. Como puede verse en la Figura, la cantidad total de horas es la que más varía durante la primera infancia, seguida de una variabilidad ligeramente menor durante la infancia. Desde los años preescolares hasta la infancia tardía, hay poca variabilidad, ya que la duración del sueño de los niños se estabiliza, y la cantidad total de horas que duermen se vuelve constante. La corta duración del sueño es frecuente en especial en los países predominantemente asiáticos. Un estudio realizado con cuidadores de 29,287 niños de 0 a 36 meses de 17 países informó que la duración total del sueño en los niños de países predominantemente asiáticos es inferior de forma considerable a la de los niños de países predominantemente caucásicos (Mindell et al., 2010). Además, con independencia del grupo etario, los niños de países predominantemente asiáticos duermen siempre menos. [1]

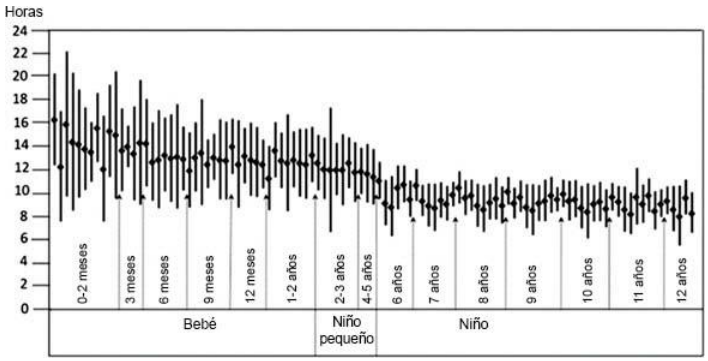


Figura 3.8.2: Datos de la duración del sueño según la edad. El número promedio de horas de sueño varía significativamente entre 22 y 8 h para los bebés de 0 a 2 años; por lo general, la cantidad de horas es de 16 a 14; los niños de 2 a 5 años disminuyen a 13 o 14 h en promedio; los niños de 6 a 12 años tienen una variación significativa entre 6 y 12 h, pero el promedio sigue siendo de unas 10 h. ([3])

El sueño es importante para los bebés y niños pequeños porque desempeña un papel importante en la consolidación de la memoria, la adquisición del lenguaje y el desarrollo cognitivo (Tham, Schneider & Broekman, 2017). La consolidación de la memoria es un proceso por el que un recuerdo se vuelve más estable y resistente al olvido (Rasch & Born, 2013; Stickgold & Walker, 2007). Por ejemplo, los bebés de 6 y 12 meses que durmieron la siesta durante al menos 30 minutos después de aprender un conjunto de combinaciones de objeto y acción de una marioneta recordaron significativamente más acciones a identificar cuando fueron evaluados después de 24 horas en comparación con los bebés del grupo que no durmió (Seehagen, Konrad, Herbert & Schneider, 2015). Este estudio indica que la siesta durante la primera infancia puede ayudar a la consolidación de los recuerdos, como el aprendizaje de nuevas acciones. [4]

Después de aprender una lengua artificial, los bebés de 15 meses que durmieron la siesta durante al menos 30 minutos, en comparación con los que no durmieron, fueron capaces de abstraer las relaciones gramaticales entre las palabras en una sesión de prueba que tuvo lugar 4 horas después del aprendizaje (Gómez, Bootzin & Nadel, 2006). En un estudio de seguimiento, los beneficios de la siesta para el aprendizaje de idiomas persistieron incluso después de 24 horas (Hupbach, Gómez, Bootzin & Nadel, 2009). Los bebés de 16 meses que durmieron la siesta después de aprender conjuntos de nuevas asociaciones de objeto y palabra pasaron más tiempo mirando la combinación asociativa correcta en la sesión de prueba después de 2 horas, mientras que los bebés que permanecieron despiertos no mostraron ninguna diferencia en la mirada entre las sesiones de aprendizaje y de prueba posterior (Horváth, Myers, Foster & Plunkett, 2015). Estos estudios indican que la siesta puede mejorar aspectos del aprendizaje de idiomas. [4]



Figura 3.8.3: Bebé durmiendo. ([5])

Mientras que dormir siestas y dormir más por lo general puede beneficiar el desarrollo cognitivo y del lenguaje, un sueño de menor calidad y de menos horas por lo general está relacionado negativamente con los resultados del desarrollo. El mayor movimiento o actividad durante el sueño y el mayor número de despertares después del inicio del sueño se correlacionaron negativamente con las

puntuaciones en la Escalas de Bayley de desarrollo infantil y el Índice de desarrollo mental (Bayley Scales of Infant and Toddler Development Mental Development Index, BSID-MDI) entre los bebés de 10 meses (Scher, 2005). Por el contrario, una mayor eficacia del sueño (es decir, pasar un mayor porcentaje de tiempo dormido entre el inicio del sueño y la vigilia) se correlacionó positivamente con las puntuaciones de las BSID-MDI en el mismo grupo de bebés. Además de la eficacia del sueño, las proporciones más largas de sueño por la noche también se asociaron con mejores habilidades cognitivas de resolución de problemas (Gibson, Elder & Gander, 2012). Los porcentajes más altos de sueño nocturno informados por los padres (de la duración total del sueño) a los 12 y 18 meses se asociaron significativamente con un mejor rendimiento del funcionamiento ejecutivo a los 26 meses, en especial el rendimiento relacionado con las tareas de control de impulsos (Bernier, Carlson, Bordeleau & Carrier, 2010). Los beneficios de un mayor porcentaje de duración del sueño nocturno se extienden luego de la infancia. Los resultados de un estudio de seguimiento informan de que los bebés de 12 meses con mayores proporciones de sueño nocturno mostraron un mejor rendimiento del funcionamiento ejecutivo a los 4 años (Bernier et al., 2013). [4]

Fuentes de imágenes

[1] Tham et al., (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: A narrative review. *Nature and Science of Sleep*, *9*, 135.

[2] La imagen de AMIT RANJAN está en Unsplash.

[3] Rudzik, A. E., & Ball, H. L. (2021). Biologically normal sleep in the mother-infant dyad. American journal of human biology, e23589. CC by 4.0

[4] Tham et al., (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: A narrative review. *Nature and Science of Sleep*, *9*, 135.

[5] Imagen de adiretoriaeventos en Pixabay.

3.8: Sueño is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.9: Muerte súbita e inesperada del lactante (SMSL)

Muerte súbita del lactante (MSL)

Para favorecer el sueño óptimo de los bebés y niños pequeños, los cuidadores deben conocer las prácticas de sueño seguras. La muerte súbita e inesperada del bebé (MSL) es un término utilizado para describir la muerte súbita e inesperada de un bebé de menos de un año en la que la causa no es evidente antes de la investigación. Estas muertes suelen producirse durante el sueño o en la zona de descanso del bebé. En Estados Unidos, unos 3,400 bebés mueren de manera súbita e inesperada todos los años. Las muertes súbitas e inesperadas de los bebés incluyen el síndrome de muerte súbita infantil (SMSI), la asfixia accidental en un entorno de sueño y otras muertes por causas desconocidas. En la Figura3.9.1, se muestra las tendencias de las tasas de muerte súbita e inesperada del lactante (MSL) en Estados Unidos desde 1990 hasta 2019. La tasa de SUID disminuyó considerablemente a partir de 1990, tras la publicación de las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics sobre el sueño seguro en 1992 y el inicio de la campaña *Back to Sleep* (ahora conocida como *Safe to Sleep*) que comenzó en 1994. Desde 1999, los descensos se han ralentizado y estabilizado. En 2019, la tasa de MSL fue de 90.1 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

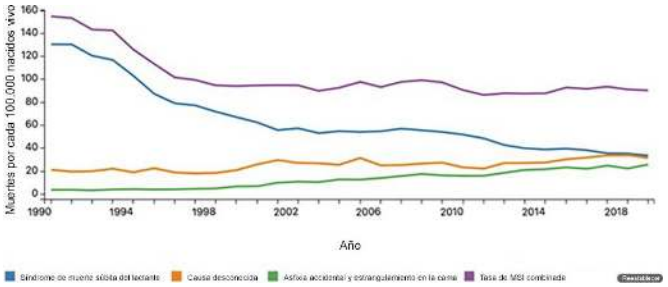


Figura 3.9.1: Tendencias de muerte súbita e inesperada del bebé según la causa de 1990 a 2019. Causas de muerte por cada 100,000 nacidos vivos. La línea de tendencia más alta fue la tasa combinada de MSL. Comienza en 160 en 1990 y tiende a bajar hasta 100 en 2018. La segunda tendencia más alta es el Síndrome de muerte súbita del bebé, con tendencia a la baja que comienza en 160 en 1990 y termina en 100 después de 2018. La tercera tendencia más alta es por causas desconocidas; tiene una tendencia gradual al alza de 22 en 1990 a 30 después de 2018. La muerte accidental tiene una tendencia al alza de 5 en 1990 a 20 en 2018. ([1])

En 2019 hubo unas 1,250 muertes por SMSI, unas 1,180 por causas desconocidas y unas 960 por asfixia accidental y estrangulamiento en la cama.

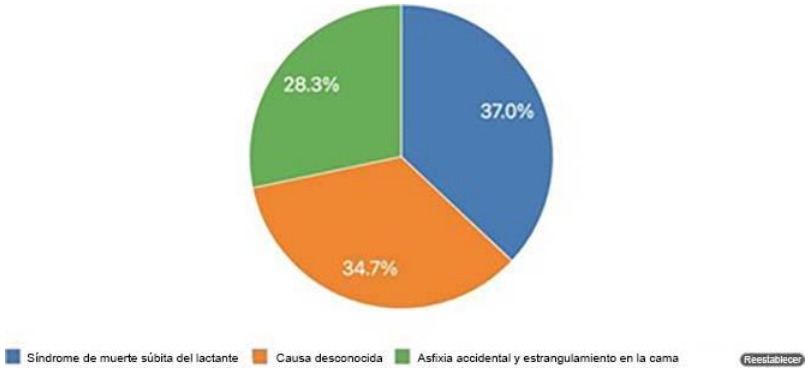


Figura 3.9.2: Desglose de las muertes súbitas e inesperadas de bebés según la causa en 2019. MSL = 37 %; Causa desconocida = 34.7 %; Asfixia accidental y estrangulamiento en la cama = 28.3 %. [2]

La Figura 3.9.3 es un mapa que muestra cómo las tasas de muerte súbita e inesperada del lactante (MSL) variaron por estado desde 2015 hasta 2019 entre los 50 estados de Estados Unidos y el Distrito de Columbia. Vermont, Massachusetts, California, New Hampshire y Nueva York tuvieron las tasas más bajas de MSL.

Misisipi, Alabama, Arkansas, Luisiana y Dakota del Sur tuvieron las tasas más altas de MSL.

La tasa de MSL en Misisipi (184.7 por cada 100,000 nacidos vivos) fue casi cuatro veces superior a la tasa de MSL en Vermont (46.3 por cada 100,000 nacidos vivos).

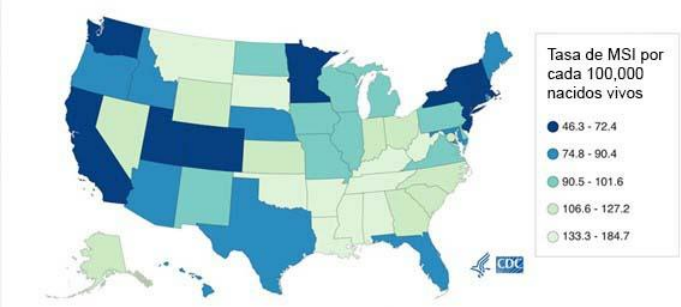


Figura 3.9.3: Tasas de MSL por estado de 2015 a 2019. Alabama: 175.8, Alaska: 126.8, Arizona: 83.3, Arkansas: 172.6, California: 51.2, Colorado: 60, Connecticut: 61.4, Delaware: 94.1, Distrito de Columbia: 122.7, Florida: 88.7, Georgia: 127.2, Hawái: 79.8, Idaho: 74.8, Illinois: 90.5, Indiana: 106.6, Iowa: 96, Kansas: 111.1, Kentucky: 133.3, Luisiana: 157.4, Maine: 85.9, Maryland: 89.8, Massachusetts: 48.9, Michigan: 99.8, Minnesota: 58.3, Misisipi: 184.7, Misuri: 101.6, Montana: 140.1, Nebraska: 88.1, Nevada: 116.7, Nuevo Hampshire: 56.1, Nueva Jersey: 61.6, Nuevo México: 97.3, Nueva York: 57.2, Carolina del Norte: 113.6, Dakota del Norte: 97.2, Ohio: 110.3, Oklahoma: 151.4, Oregón: 88.2, Pensilvania: 92.4, Rhode Island: 88.5, Carolina del Sur: 116, Dakota del Sur: 154.8, Tennessee: 148.7, Texas: 90.4, Utah: 57.8, Vermont: 46.3, Virginia: 100.7, Washington: 72.4, Virginia Occidental: 149, Wisconsin: 91.4, Wyoming: 108. ([3])

Aunque la tasa de MSL ha disminuido desde la década de 1990, siguen existiendo importantes diferencias raciales y étnicas. La Figura no. es un gráfico de barras apiladas que muestra las tasas de muerte súbita inesperada del lactante (MSL) por causa y por raza/etnia en los Estados Unidos desde 2014 hasta 2018. Las tasas de SUID por cada 100,000 nacidos vivos de los bebés indios americanos/nativos de Alaska (212.1) y negros no hispanos (186.9) fueron más del doble que las de los bebés blancos no hispanos (84.9). Las tasas de MSL por cada 100,000 nacidos vivos fueron más bajas entre los bebés hispanos (54.1) y los asiáticos/isleños del Pacífico (34.4). Las muertes debidas al SMSI representaron la mayor proporción de MSL para los bebés negros no hispanos (39 %), los bebés asiáticos/isleños del Pacífico (40 %), los bebés indios americanos/nativos de Alaska (42 %) y los bebés blancos no hispanos (43 %). Las muertes por causas desconocidas representaron la mayor proporción de MSL para los bebés hispanos (41 %). La asfixia y el estrangulamiento accidental en la cama (Accidental Suffocation and Strangulation in Bed, ASSB) representó la menor proporción de MSL para todos los grupos raciales, que osciló entre el 21 % de SUID entre los bebés hispanos y el 26 % de MSL entre los bebés negros y blancos no hispanos.

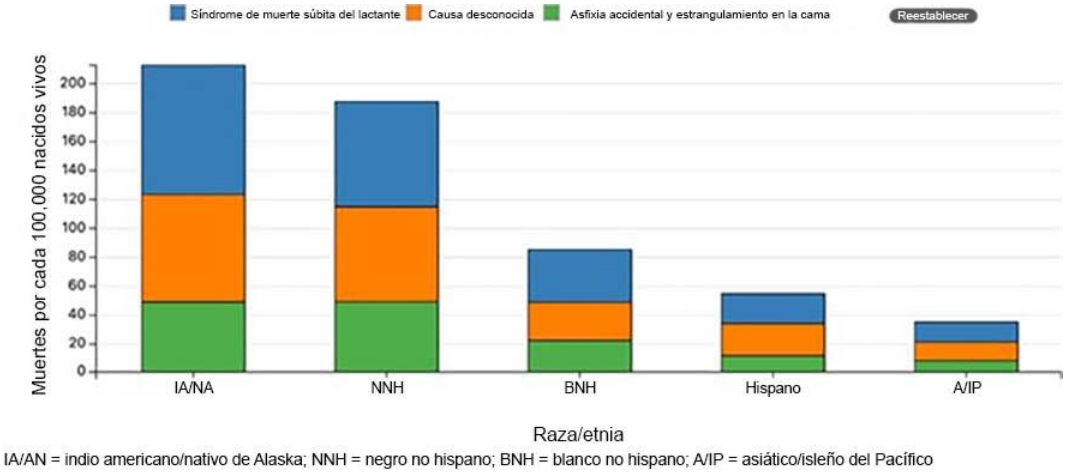


Figura 3.9.4: Muerte súbita e inesperada del bebé según la raza/etnia de 2014 a 2018. Síndrome de muerte súbita del bebé. Síndrome de muerte súbita del bebé indio americano/nativo de Alaska = 89.5, negro no hispano = 72.7, blanco no hispano = 36.7, hispano = 20.7; asiático/isleño del Pacífico = 13.8. Causa desconocida del bebé indio americano/nativo de Alaska = 74.3, negro no hispano = 65.7, blanco no hispano = 26.4, hispano = 22.3, asiático/isleño del Pacífico = 13. Asfixia accidental y estrangulamiento en la cama del bebé indio americano/nativo de Alaska = 48.4, negro no hispano = 48.5, blanco no hispano = 21.8, hispano = 11.1, asiático/isleño del Pacífico = 7.7. ([4])

A pesar de las campañas y los intentos de crear conciencia para reducir el SMSI mediante la creación de entornos más seguros para dormir, los cuidadores aún no siguen del todo las directrices. Por ejemplo, en la Figura 3.9.5, se muestran las posiciones en las que los cuidadores de Suecia colocan a los bebés para dormir. Aunque a la mayoría de los bebés se los colocó en posición supina para dormir, como se recomienda, los datos revelaron que todavía había algunos bebés en posición prona (tiempo boca abajo) (Wennergren, Strömberg-Celind, Goksör & Alm, 2021). Además, el número de bebés a los que se coloca para dormir en posición prona aumentó del 2.3 % a los tres meses al 3.5 % a los seis meses de edad.

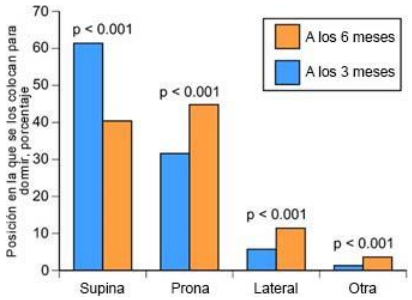


Figura 3.9.5: Posición de descanso de los bebés cuando se los pone para dormir. La posición en la que se suele colocar a los bebés cuando se los acuesta para dormir a los tres y seis meses de edad. “Lateral” se refiere a la combinación de solo lateral y uso alternativo de la posición lateral o supina, mientras que “prona” se refiere a la combinación de solo prona y uso alternativo de la posición lateral o prona, o supina o prona. La cifra se basa en 3,566 (99.3 %) respuestas en bebés de tres meses y 3,579 (99.7 %) respuestas en bebés de seis meses. ([5])

En EE. UU., el 22 % de las madres declararon no colocar a su bebé boca arriba para dormir, como se recomienda (vea la Figura 3.9.6). El porcentaje era más alto en las madres negras (38 %) y en las madres jóvenes menores de veinte años (30 %).

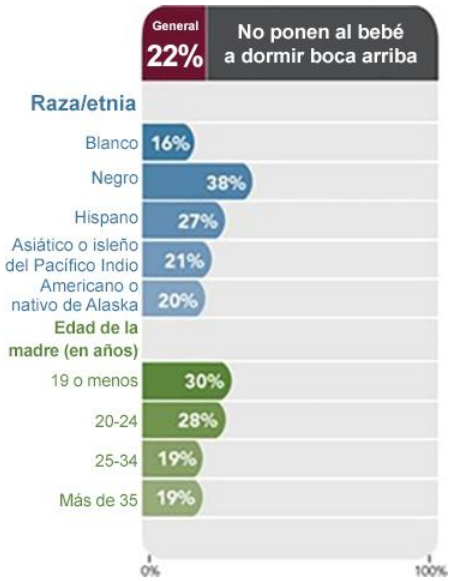


Figura 3.9.6:Porcentaje de madres que ponen a los bebés a dormir boca arriba. Porcentaje de madres que no ponen al bebé a dormir boca arriba: Total 22 %, Blanco: 16 %, Negro: 38 %, Hispano: 27 %, Asiático o isleño del Pacífico: 21 %, Indio americano o nativo de Alaska: 20 %, Edad de la madre (años): 19 o menos: 30 %, De 20 a 24: 28 %, De 25 a 34: 19 %, Más de 35: 19 %. ([6])

Los profesionales sanitarios y los investigadores desconocen las causas exactas del síndrome de muerte súbita infantil (SMSI). Sin embargo, las investigaciones demuestran que los cuidadores pueden ayudar a reducir el riesgo de SMSI y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño de la siguiente forma:

Colocar a los bebés boca arriba en todos los momentos de sueño, tanto en las siestas como en la noche.

Utilizar una superficie de descanso firme y plana, como un colchón en una cuna con homologación de seguridad, cubierto por una sábana ajustada. Mantener la ropa de cama blanda, como mantas, almohadas, cojines y juguetes blandos, fuera del lugar para dormir.

No cubrir la cabeza del bebé ni permitir que se caliente demasiado. Los signos de que un bebé puede tener demasiado calor incluyen sudoración o el pecho caliente.

Fuentes de imágenes

[1] La imagen de los CDC es de dominio público.

[2] La imagen de los CDC es de dominio público.

[3] La imagen de los CDC es de dominio público.

[4] La imagen de los CDC es de dominio público.

[5] Wennergren, G., Strömberg Celind, F., Goksör, E., & Alm, B. (2021) Swedish survey of infant sleep practices showed increased bed-sharing and positive associations with breastfeeding. Acta Paediatrica, 110(6), 1835-1841. CC by NC 4.0

[6] La imagen de “Safe Sleep for Babies” de los CDC es de dominio público.

3.9: Muerte súbita e inesperada del lactante (SMSL) is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.10: Actividad física

Directrices sobre la actividad física

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño de los niños menores de 5 años ofrecen recomendaciones sobre la cantidad de tiempo en un período de 24 horas que los niños pequeños deben dedicar a la actividad física o al sueño para su salud y bienestar. Las directrices de la OMS son similares a las de varios países, como Australia, Canadá y Sudáfrica (Draper et al., 2020; Okely et al., 2017; Tremblay et al., 2017). Para los bebés y niños pequeños, las directrices de la OMS recomiendan lo siguiente: [1]

Los bebés (menores de 1 año) deben hacer lo siguiente:

- Realizar actividad física varias veces al día de diversas maneras, en especial mediante juegos interactivos en el suelo; mientras más, mejor. Para los que aún no se mueven, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (tiempo boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras están despiertos.
- No estar sujeto durante más de 1 hora seguida (p. ej., cochecitos/carriolas, periqueras o amarrado a la espalda de un cuidador). No se recomienda el uso de pantallas. Cuando esté inactivo, se fomenta la lectura y la narración de cuentos con un cuidador.
- Tener entre 14 y 17 horas (de 0 a 3 meses) o entre 12 y 16 horas (de 4 a 11 meses) de sueño de buena calidad, incluidas las siestas.

Los niños de 1 a 2 años deben hacer los siguiente:

- Dedicar al menos 180 minutos a una variedad de tipos de actividades físicas de cualquier intensidad, incluida la actividad física de intensidad moderada a vigorosa, repartida a lo largo del día; mientras más, mejor.
- No estar sujeto durante más de 1 hora seguida (p. ej., cochecitos/carriolas, periqueras o amarrado a la espalda de un cuidador) ni estar sentado durante largos períodos.
- Cuando esté inactivo, se fomenta la lectura y la narración de cuentos con un cuidador.
- Tener entre 11 y 14 horas de sueño de buena calidad, incluidas las siestas, con horarios regulares de sueño y de vigilia.



Figura 3.10.1: Típico patio de juegos al aire libre para niños pequeños. ([2])

Lamentablemente, muchos niños pequeños que asisten a guarderías no cumplen con la cantidad de minutos de actividad física recomendada (Tandon, Saelens & Christakis, 2015). Aunque el espacio interior y exterior, y los presupuestos pueden ser restrictivos para los programas de cuidado grupal, existen estrategias que los cuidadores pueden implementar para apoyar el nivel de actividad física de los bebés y niños pequeños. En estudios anteriores, se comprobó que el tamaño de la zona de juego (Gubbels et al. 2012; Olesen, Kristensen, Korsholm & Froberg, 2013), tener una sala de recreación interior (Barbosa et al. 2016; Sando, 2019) y el uso del espacio interior para actividades motrices (Sugiyama, Okely, Masters & Moore, 2010) se asocian positivamente con la actividad física. Los cuidadores pueden crear espacios seguros, abiertos y adecuados para la edad de los bebés móviles que

gatean y caminan. Las estructuras deben permitir a los bebés la posibilidad de practicar con seguridad el desarrollo de las capacidades motrices sin la intervención frecuente de los cuidadores adultos. Las estructuras bajas pueden ayudar a los bebés a ponerse de pie y ofrecerles apoyo mientras están de pie y caminan. [3]

En el interior, los niños son más activos cuando disponen de más espacio para jugar. Las mesas, en especial las de tamaño adulto, están relacionadas con un nivel reducido de actividad física (Nordtømme 2016; Sando, 2019). La disposición de las mesas y del resto del mobiliario indica a los niños que se espera que estén sentados en las mesas, y no se fomenta el juego físico y activo. Los niños pequeños son mucho más activos cuando hay un equipo de salto presente, así como cuando hay una pista fija marcada en el patio de juegos (Gubbels, Van Kann & Jansen, 2012). Al igual que los entornos interiores tienen áreas marcadas para diferentes actividades, las marcas multicolores en el patio de juegos pueden aumentar los niveles de actividad de los niños (Ridgers, Stratton, Fairclough & Twisk, 2007) al fomentar diferentes actividades físicas. [4] [5]



Figura 3.10.2: Una ciclovía pavimentada ayuda a crear diferentes oportunidades de movimiento. ([6]).

Fuentes de imágenes

[1] "The WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years" de la Organización Mundial de la Salud tiene licencia CC by NC SA 3.0.

[2] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

[3] Sando (2019). The physical indoor environment in ECEC settings: Children's well-being and physical activity. *European Early Childhood Education Research Journal*, *27*(4), 506-519. CC by 4.0

[4] Sando (2019). The physical indoor environment in ECEC settings: Children's well-being and physical activity. *European Early Childhood Education Research Journal*, *27*(4), 506-519. CC by 4.0

[5] Gubbels et al., (2012). Play equipment, physical activity opportunities, and children's activity levels at childcare. *Journal of Environmental and Public Health*. CC by 3.0

[6] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

3.10: Actividad física is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.11: Conclusión

Conclusión del capítulo “Salud y nutrición”

Para apoyar la salud óptima de los bebés y niños pequeños, es fundamental que los cuidadores conozcan las directrices actuales y las mejores prácticas en materia de alimentación, nutrición, sueño y actividad física. Los niños crecen rápido durante los tres primeros años de vida, y una salud óptima puede favorecer estos años críticos de crecimiento y desarrollo. Los cuidadores desempeñan un papel esencial a la hora de proporcionar alimentos nutritivos y adecuados para el desarrollo de los niños, y de garantizar que los bebés y los niños pequeños duerman lo suficiente y realicen actividades físicas en entornos seguros y de apoyo.

3.11: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

3.12: Referencias

Adolph, K. E., Cole, W. G., Komati, M., Garciaguirre, J. S., Badaly, D., Lingeman, J. M., Chan, G. & Sotsky, R. B. (2012). How do you learn to walk? Thousands of steps and dozens of falls per day. *Psychological Science*, *23*(11), 1387-1394.

Bai, Y., Ladd, H. F., Muschkin, C. G., & Dodge, K. A. (2020). Long-term effects of early childhood programs through eighth grade: Do the effects fade out or grow? *Children and Youth Services Review*, 104890.

Bernier, A., Calkins, S. D., & Bell, M. A. (2016). Longitudinal associations between the quality of mother–infant interactions and brain development across infancy. *Child Development*, *87*(4), 1159-1174.

Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Bohr, Y., Abdelmaseh, M., Lee, C. Y., & Esposito, G. (2020). Maternal sensitivity and language in infancy each promotes child core language skill in preschool. *Early Childhood Research Quarterly*, *51*, 483-489.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Volume 1: Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793-828). New York, NY: John Wiley.

Carina, L. Ü. K. E., Leinweber, J., & Ritterfeld, U. (2019). Walking, pointing, talking–the predictive value of early walking and pointing behavior for later language skills. *Journal of Child Language*, *46*(6), 1228-1237.

Center on the Developing Child at Harvard University. (2007). *A science-based framework for early childhood policy: Using evidence to improve outcomes in learning, behavior, and health for vulnerable children*. Cambridge, MA. Retrieved from http://www.developingchild.harvard.edu

Copple, C., Bredekamp, S., Koralek, D., & Charner, K. (2013). *Developmentally appropriate practice: Focus on infants and toddlers*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Côté, S. M., Doyle, O., Petitclerc, A., & Timmins, L. (2013). Child care in infancy and cognitive performance until middle childhood in the millennium cohort study. *Child Development*, *84*(4), 1191-1208.

Davies, C., Hendry, A., Gibson, S. P., Gliga, T., McGillion, M., & Gonzalez-Gomez, N. (2021). Early childhood education and care (ECEC) during COVID-19 boosts growth in language and executive function. *Infant and Child Development*, e2241.

Deming, D. (2009). Early childhood intervention and life-cycle skill development: Evidence from Head Start. *American Economic Journal: Applied Economics*, *1*(3), 111-34.

Domond, P., Orri, M., Algan, Y., Findlay, L., Kohen, D., Vitaro, F., Tremblay, R. E. & Côté, S. M. (2020). Child care attendance and educational and economic outcomes in adulthood. *Pediatrics*.

Early Head Start National Resource Center. (2012). *School readiness goals for infants and toddlers in Head Start and Early Head Start Programs: Examples from the Early Head Start National Resource Center*. Washington, DC: Zero To Three.

Felfe, C., & Lalive, R. (2014). Does early child care help or hurt children's development? *Journal of Public Economics*, *59*.

Fernald, A., Marchman, V. A., & Weisleder, A. (2013). SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental Science*, *16*(2), 234-248.

Fernald, A., Perfors, A., & Marchman, V. A. (2006). Picking up speed in understanding: Speech processing efficiency and vocabulary growth across the 2nd year. *Developmental Psychology*, *42*(1), 98.

Fernald, L. C., Kariger, P., Hidrobo, M., & Gertler, P. J. (2012). Socioeconomic gradients in child development in very young children: Evidence from India, Indonesia, Peru, and Senegal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(2), 17273-17280.

Fisher, P. A., Barker, T. V., & Blaisdell, K. N. (2020). A glass half full and half empty: The state of the science in early childhood prevention and intervention research. *Annual Review of Developmental Psychology*, *2*, 269-294.

Frank, M. C., Braginsky, M., Yurovsky, D., & Marchman, V. A. (2021). *Variability and consistency in early language learning: The Wordbank project*. MIT Press.

García-Sierra, A., Ramírez-Esparza, N., Wig, N., & Robertson, D. (2021). Language learning as a function of infant directed speech (IDS) in Spanish: Testing neural commitment using the positive-MMR. *Brain and Language*, *212*, 104890.

Geoffroy, M. C., Côté, S. M., Giguère, C. É., Dionne, G., Zelazo, P. D., Tremblay, R. E., Bolvin, M. & Séguin, J. R. (2010). Closing the gap in academic readiness and achievement: The role of early childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(12), 1359-1367.

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S. M. & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science, 344*(6187), 998-1001.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics, 142*(4).

Golinkoff, R. M., Hoff, E., Rowe, M. L., Tamis-LeMonda, C. S., & Hirsh-Pasek, K. (2019). Language matters: Denying the existence of the 30-million-word gap has serious consequences. *Child Development, 90*(3), 985-992.

Gomajee, R., El-Khoury, F., Côté, S., van der Waerden, J., Pryor, L., & Melchior, M. (2018). Early childcare type predicts children's emotional and behavioural trajectories into middle childhood. Data from the EDEN mother–child cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 72*(11), 1033-1043.

Gopnik, A. (2012). Scientific thinking in young children: Theoretical advances, empirical research, and policy implications. *Science, 337*(6102), 1623-1627.

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn*. William Morrow & Co.

Graf Estes, K., & Hurley, K. (2013). Infant-directed prosody helps infants map sounds to meanings. *Infancy, 18*(5), 797-824.

Hamadani, J. D., Tofail, F., Huda, S. N., Alam, D. S., Ridout, D. A., Attanasio, O., & Grantham-McGregor, S. M. (2014). Cognitive deficit and poverty in the first 5 years of childhood in Bangladesh. *Pediatrics, 134*(4), e1001-e1008.

Hansen, K., & Hawkes, D. (2009). Early childcare and child development. *Journal of Social Policy, 38*(2), 211-239.

Hanson, J. L., Chandra, A., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2011). Association between income and the hippocampus. *PloS One*, 6(5), e18712.

Hanson, J. L., Hair, N., Shen, D. G., Shi, F., Gilmore, J. H., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2013). Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *PloS One, 8*(12), e80954.

He, M., Walle, E. A., & Campos, J. J. (2015). A cross-national investigation of the relationship between infant walking and language development. *Infancy, 20*(3), 283-305.

Holochwost, S. J., Gomes, L. A., Propper, C. B., Brown, E. D., & Iruka, I. U. (2021). Child care policy as an anti-poverty strategy: The need to address neurophysiological self-regulation. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 8*(2), 208-216.

Jednoróg, K., Altarelli, I., Monzalvo, K., Fluss, J., Dubois, J., Billard, C., Dehaene-Lambertz, G. & Ramus, F. (2012). The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One, 7*, e42486.

Joo, Y. S., Magnuson, K., Duncan, G. J., Schindler, H. S., Yoshikawa, H., & Ziol-Guest, K. M. (2020). What works in early childhood education programs?: A meta–analysis of preschool enhancement programs. *Early Education and Development, 31*(1), 1-26.

Karasik, L. B., Adolph, K. E., Tamis-LeMonda, C. S., & Zuckerman, A. L. (2012). Carry on: Spontaneous object carrying in 13-month-old crawling and walking infants. *Developmental Psychology, 48*(2), 389.

Keating, K., Daily, S., Cole, P., Murphey, D., Pina, G., Ryberg, R., Moron, L., & Laurore, J. (2021). State of Babies Yearbook: 2019. Washington, DC: ZERO TO THREE and Bethesda MD: Child Trends.

Kidd, E., Donnelly, S., & Christiansen, M. H. (2018). Individual differences in language acquisition and processing. *Trends in Cognitive Sciences, 22*(2), 154-169.

King, L. S., Camacho, M. C., Montez, D. F., Humphreys, K. L., & Gotlib, I. H. (2021). Naturalistic language input is associated with resting-state functional connectivity in infancy. *Journal of Neuroscience, 41*(3), 424-434.

Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., & Shonkoff, J. P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 103*(27), 10155-10162.

Lange, N., Froimowitz, M. P., Bigler, E. D., Lainhart, J. E., & Brain Development Cooperative Group. (2010). Associations between IQ, total and regional brain volumes, and demography in a large normative sample of healthy children and adolescents. *Developmental Neuropsychology*, *35*(3), 296-317.

Larose, M. P., Côté, S. M., Ouellet-Morin, I., Maughan, B., & Barker, E. D. (2021). Promoting better functioning among children exposed to high levels of family adversity: The protective role of childcare attendance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(6), 762-770.

Laurin, J. C., Geoffroy, M. C., Boivin, M., Japel, C., Raynault, M. F., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2015). Child care services, socioeconomic inequalities, and academic performance. *Pediatrics*, *136*(6), 1112-1124.

Li, W., Devine, R. T., Ribner, A., Emmen, R. A., Mi-lan, J. W., Branger, M. C., Wang, L., van Ginkele, J., Alink, L. & Mesman, J. (2022). The role of infant attention and parental sensitivity in infant cognitive development in the Netherlands and China. *Journal of Experimental Child Psychology*, *215*, 105324.

Loi, E. C., Vaca, K. E., Ashland, M. D., Marchman, V. A., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2017). Quality of caregiver-child play interactions with toddlers born preterm and full term: Antecedents and language outcome. *Early Human Development*, *115*, 110-117.

Lombardi, C. M., Fisk, E., & Cook, K. D. (2021). Do child care characteristics during toddlerhood explain income-based gaps in reading and math skills at preschool? *Children and Youth Services Review*, *131*, 106285.

Lopez, L. D., Walle, E. A., Pretzer, G. M., & Warlaumont, A. S. (2020). Adult responses to infant prelinguistic vocalizations are associated with infant vocabulary: A home observation study. *Plos One*, *15*(11), e0242232.

Losier, T., Orri, M., Boivin, M., Larose, S., Japel, C., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2021). The associations between child-care services during the preschool years and high school graduation: A 20-year longitudinal population-based study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*.

Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M. P., Babb, C., Nishino, T. & Barch, D. (2013). The effects of poverty on childhood brain development: The mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA Pediatrics*, *167*(12), 1135-1142.

Luijk, M. P. C. M., Linting, M., Henrichs, J., Herba, C. M., Verhage, M. L., Schenk, J. J., Arends, L. R., Raat, H., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Tiemeier, H. & Van IJzendoorn, M. H. (2015). Hours in non-parental child care are related to language development in a longitudinal cohort study. *Child: Care, Health and Development*, *41*(6), 1188-1198.

Magnuson, K. A., Kelchen, R., Duncan, G. J., Schindler, H. S., Shager, H., & Yoshikawa, H. (2016). Do the effects of early childhood education programs differ by gender? A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, *36*, 521-536.

Maguire-Fong, M. J. (2014). *Teaching and learning with infants and toddlers: Where meaning-making begins*. Teachers College Press.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science*, *11*(3), F9-F16.

Masek, L. R., Paterson, S. J., Golinkoff, R. M., Bakeman, R., Adamson, L. B., Owen, M. T., ... & Hirsh-Pasek, K. (2020). Beyond talk: Contributions of quantity and quality of communication to language success across socioeconomic strata. *Infancy*, *26*(1), 123-147.

McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, *53*(2), 185.

Narea, M., Arriagada, V., & Allel, K. (2020). Center-based care in toddlerhood and child cognitive outcomes in Chile: The moderating role of family socio-economic status. *Early Education and Development*, *31*(2), 218-233.

Narea, M., Toppelberg, C. O., Irarrázaval, M., & Xu, J. (2020). Maternal and non-maternal care in infancy and later child cognitive, language and motor development in Chile: Does type of care matter? *Early Childhood Research Quarterly*, *51*, 204-214.

National Center on Child Care Quality Improvement. (2019). *Early learning and development guidelines*. Available at: https://childcareta.acf.hhs.gov/resource/state-early-learning-standards-and-guidelines

Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: the case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*.

Noble, K. G., Engelhardt, L. E., Brito, N. H., Mack, L. J., Nail, E. J., Angal, J., Barr, R., Fifer, W. P., Elliott, A. J. & PASS Network. (2015). Socioeconomic disparities in neurocognitive development in the first two years of life. *Developmental Psychobiology*, *57*(5), 535-551.

Noble, K. G., Houston, S. M., Kan, E., & Sowell, E. R. (2012). Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain. *Developmental Science*, *15*(4), 516-527.

Nores, M., Belfield, C. R., Barnett, W. S., & Schweinhart, L. (2005). Updating the economic impacts of the High/Scope Perry preschool program. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, *27*(3), 245-261.

Orri, M., Tremblay, R. E., Japel, C., Boivin, M., Vitaro, F., Losier, T., Brendgen, M. R., Falissard, B., Melchior, M., & Côté, S. M. (2019). Early childhood child care and disruptive behavior problems during adolescence: a 17-year population-based propensity score study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(11), 1174-1182.

Oudgenoeg-Paz, O., Volman, M. C. J., & Leseman, P. P. (2012). Attainment of sitting and walking predicts development of productive vocabulary between ages 16 and 28 months. *Infant Behavior and Development*, *35*(4), 733-736.

Paxson, C., & Schady, N. (2007). Cognitive development among young children in Ecuador the roles of wealth, health, and parenting. *Journal of Human Resources*, *42*(1), 49-84.

Pérez-Edgar, K., Vallorani, A., Buss, K. A., & LoBue, V. (2020). Individual differences in infancy research: Letting the baby stand out from the crowd. *Infancy*, *25*(4), 438-457.

Raby, K. L., Freedman, E., Yarger, H. A., Lind, T., & Dozier, M. (2019). Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*, *22*(2), e12753.

Raikes, H., Love, J., & Chazan-Cohen, R. (2004). Infant-toddler intervention on the road to school readiness: Lessons from early head start. *Harvard Family Research Project the Evaluation Exchange*, 22-23.

Ramírez, N. F., Lytle, S. R., & Kuhl, P. K. (2020). Parent coaching increases conversational turns and advances infant language development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117*(7), 3484-3491.

Rose, S. A., Feldman, J. F., Jankowski, J. J., & Van Rossem, R. (2008). A cognitive cascade in infancy: Pathways from prematurity to later mental development. *Intelligence*, *36*(4), 367-378.

Rowe, M. L., & Weisleder, A. (2020). Language development in context. *Annual Review of Developmental Psychology*, *2*, 201-223.

Rubio-Codina, M., Attanasio, O., Meghir, C., Varela, N., & Grantham-McGregor, S. (2015). The socioeconomic gradient of child development: Cross-sectional evidence from children 6–42 months in Bogota. *Journal of Human Resources*, *50*(2), 464-483.

Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). A quarter-century of the transactional model: How have things changed? *Zero to Three*, *24*(1), 14-22.

Schady, N. (2011). Parents' education, mothers' vocabulary, and cognitive development in early childhood: Longitudinal evidence from Ecuador. *American Journal of Public Health*, *101*(12), 2299-2307.

Schady, N., Behrman, J., Araujo, M. C., Azuero, R., Bernal, R., Bravo, D., Lopez-Boo, F., Macours, K., Marshall, D., Paxson, C. & Vakis, R. (2014). *Wealth gradients in early childhood cognitive development in five Latin American countries*. The World Bank.

Schneider, J. L., & Iverson, J. M. (2021). Cascades in action: How the transition to walking shapes caregiver communication during everyday interactions. *Developmental Psychology*.

Shuffrey, L. C., Firestein, M. R., Kyle, M. H., Fields, A., Alcántara, C., Amso, D., Austin, J., Bain, J. M., Barbosa, J., Bence, M., Bianco, C., Fernández, C. R.,Goldman, S., Gyamfi-Bannerman, C., Hott, V., Hu, H.,Hussain, M.,Factor-Litvak, P., Lucchini, M., Mandel, A., Marsh, R.,McBrian, D.,Mourad, M.,Muhle, R.,Noble, K. G.,Penn, A. A.,Rodriguez, C., Sania, A., Silver, W. G.,O'Reilly, K. C.,Stockwell, M.,Tottenham, N., Welch, M. G.,Zork, N.,Fifer, W. P., Monk, C. & Dumitriu, D. (2022). Association of birth during the COVID-19 pandemic with neurodevelopmental status at 6 months in infants with and without in utero exposure to maternal SARS-CoV-2 infection. *JAMA Pediatrics*, e215563-e215563.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, *72*(3), 748-767.

Trude, A. C., Richter, L. M., Behrman, J. R., Stein, A. D., Menezes, A. M., & Black, M. M. (2020). Effects of responsive caregiving and learning opportunities during pre-school ages on the association of early adversities and adolescent human capital: an analysis of birth cohorts in two middle-income countries. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *5*(1), 37-46.

Veldman, S. L., Santos, R., Jones, R. A., Sousa-Sá, E., & Okely, A. D. (2019). Associations between gross motor skills and cognitive development in toddlers. *Early Human Development*, *132*, 39-44.

Von Stumm, S., & Plomin, R. (2015). Socioeconomic status and the growth of intelligence from infancy through adolescence. *Intelligence*, *48*, 30-36.

Wade, M., Jenkins, J. M., Venkadasalam, V. P., Binnoon-Erez, N., & Ganea, P. A. (2018). The role of maternal responsiveness and linguistic input in pre-academic skill development: A longitudinal analysis of pathways. *Cognitive Development*, *45*, 125-140.

Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. *Psychological Science*, *24*(11), 2143-2152.

West, K. L., & Iverson, J. M. (2021). Communication changes when infants begin to walk. *Developmental Science*, e13102.

3.12: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

4: Resumen del desarrollo del cerebro

4.1: Introducción
4.2: Desarrollo del cerebro- crecimiento del volumen
4.3: Estructuras del cerebro
4.4: Lóbulos del cerebro
4.5: Otras estructuras del prosencéfalo
4.6: Lateralización cerebral
4.7: Neuronas- estructura y función
4.8: Desarrollo de las redes cerebrales
4.9: Patrones de crecimiento de la materia cerebral
4.10: Sistemas cerebrales subyacentes al desarrollo
4.11: Conclusión
4.12: Referencias

4: Resumen del desarrollo del cerebro is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.1: Introducción

Como persona encargada del cuidado de bebés y niños pequeños, la observación minuciosa le permite experimentar, de primera mano, el desarrollo del lenguaje, el funcionamiento cognitivo y las capacidades socioemocionales. Sabemos que el cerebro también experimenta un rápido período de crecimiento durante estos tres primeros años de vida, pero el desarrollo del cerebro no es tan fácil de observar directamente. El objetivo en esta sección es proporcionar una perspectiva general de algunas de las principales estructuras y procesos del cerebro y, sobre todo, explicar cómo se crean estas estructuras y procesos durante la infancia y la niñez.

4.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.2: Desarrollo del cerebro- crecimiento del volumen

Crecimiento del volumen

El cerebro comienza a formarse unas semanas después de la concepción y continúa formándose durante todo el tiempo que pasa en el útero. Una vez que el bebé nace, las principales estructuras del cerebro están formadas y preparadas para las numerosas experiencias nuevas de la infancia. La función y el crecimiento explosivo del cerebro en la infancia no tiene comparación con ningún otro período de desarrollo posnatal. Después del nacimiento, el cerebro sigue creciendo a un ritmo notable, por lo que se duplica su volumen total en el primer año y hay otro aumento del 15 % durante el segundo año (Knickmeyer et al., 2008). El cerebro cuadruplica su tamaño durante el período preescolar y alcanza aproximadamente el 90 % del volumen adulto a los 6 años (Courchesne et al. 2000; Iwasaki et al. 1997; Kennedy et al. 2002; Lenroot & Giedd 2006; Paus et al. 2001; Reiss et al. 1996). En la Figura 4.2.1, se muestra la trayectoria de crecimiento del volumen cerebral de 0 a 18 años. Las líneas azules representan el crecimiento de los hombres, y las rojas, el de las mujeres. El segmento amarillo destaca la diferencia importante de crecimiento entre los dos sexos. Se puede observar lo pronunciada que es la trayectoria en los tres primeros años, lo que representa este crecimiento explosivo del cerebro. [1] [2]

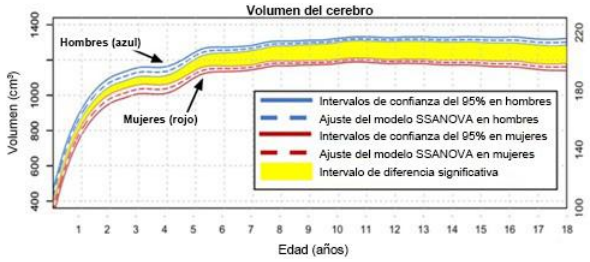


Figura 4.2.1: Crecimiento del volumen del cerebro de 0 a 18 años. El volumen de los hombres aumenta de forma significativa y rápida de 0 a 3 años y se estabiliza en 1200 cm3 alrededor de los 3 años, y vuelve a aumentar de 3 a 6 antes de estabilizarse de nuevo en torno a los 1500 cm3. El volumen de las mujeres aumenta de forma significativa y rápida de 0 a 3 años y se estabiliza en 1000 cm3 alrededor de los 3 años, y vuelve a aumentar de 3 a 6 antes de estabilizarse de nuevo en torno a los 1200 cm3. ([3])

Ahora vamos a centrarnos en el crecimiento del cerebro mes a mes durante los dos primeros años. Las Figuras 4.2.2 y 4.2.3 representan el crecimiento estándar del volumen del cerebro de los niños de ambos sexos, respectivamente, entre los 0 y los 24 meses de vida. Al igual que existen tablas de crecimiento estándar para la altura, el peso y el perímetro cefálico de los bebés y los niños pequeños, Peterson et al. (2021) han publicado las primeras curvas de percentiles estándares para el crecimiento del volumen del cerebro durante la infancia y la niñez. En cada gráfico, se muestran los percentiles 3, 15, 50, 85 y 97 del crecimiento normal del volumen del cerebro durante los dos primeros años. Las curvas de percentiles permiten comparar a un niño con otros del mismo sexo y edad, y establecer si un niño mide por debajo o por encima de la media. En estos gráficos, por ejemplo, si un niño mide en el percentil 50, esto indica que, a cualquier edad específica, el 50 % de los niños tendrá volúmenes del cerebro mayores y que el 50 % tendrá volúmenes del cerebro menores. Si el volumen del cerebro de un niño está en el percentil 15, esto significa que el 15 % de los niños tienen volúmenes del cerebro menores y que el 85 % tienen volúmenes del cerebro mayores que este niño.

Compare la Figura 4.2.2 y la Figura 4.2.3. ¿Qué le llama la atención? ¿Qué observa que es similar o diferente entre los dos gráficos? Observe el aumento constante del volumen del cerebro todos los meses, con los mayores incrementos en los primeros meses, en especial durante los primeros doce meses. Al comparar los dos gráficos, los hombres tienen un mayor volumen del cerebro que las mujeres, una diferencia que ya aparece en la infancia. Además, en las curvas de percentiles, se destaca que ya en los primeros meses de vida aparecen diferencias individuales en el volumen del cerebro entre niños del mismo sexo. En otras palabras, a los dos meses, algunos bebés están en el percentil 50, por debajo o por encima de este. El volumen del cerebro en la infancia y en la niñez no predice la capacidad cognitiva en estas edades; sin embargo, el volumen del cerebro normalizado por sexo y por edad de los niños entre 6 y 18 años se relaciona con el rendimiento cognitivo (Peterson et al., 2021).

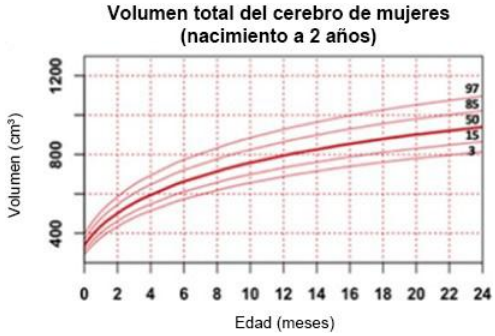


Figura 4.2.1: Copia y volumen del cerebro total femenino (desde el nacimiento hasta los 2 años) que muestra los percentiles de 0 a 24 años. El 3.o máximo a 800, el 15.º máximo a 850 cm3, el 50.º máximo a 900, el 85.º máximo a 1000 y el 97.º máximo a 1100 en los percentiles de crecimiento del volumen del cerebro normal en las mujeres. ([4])

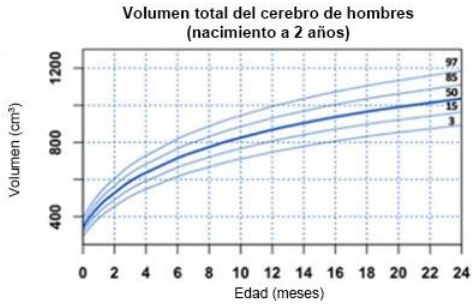


Figura 4.2.3: Volumen del cerebro total masculino (desde el nacimiento hasta los 2 años) que muestra los percentiles de crecimiento del volumen del cerebro normal en los hombres. El 3.o alcanzó un máximo de 850, el 15.º de 1000, el 50.º de 1100, el 85.º de 1150 y el 97.º de 1200. ([5])

Fuentes de imágenes

[1] Gao et al., (2017). Functional connectivity of the infant human brain: Plastic and modifiable. *The Neuroscientist*, *23*(2), 169-184. CC by NC 3.0

[2] Stiles & Jernigan (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology Review*, *20*(4), 327-348. CC by 2.0

[3] Imagen adaptada de Peterson et al., (2021) Normal childhood brain growth and a universal sex and anthropomorphic relationship to cerebrospinal fluid. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. Utilizado con permiso.

[4] Imagen adaptada de Peterson et al., (2021) Normal childhood brain growth and a universal sex and anthropomorphic relationship to cerebrospinal fluid. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. Utilizado con permiso.

[5] Imagen adaptada de Peterson et al., (2021) Normal childhood brain growth and a universal sex and anthropomorphic relationship to cerebrospinal fluid. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. Utilizado con permiso.

4.2: Desarrollo del cerebro- crecimiento del volumen is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.3: Estructuras del cerebro

Estructuras del cerebro

La superficie del cerebro, conocida como la **corteza cerebral**, es muy irregular y se caracteriza por un patrón distintivo de pliegues o protuberancias, conocidos como circunvoluciones (o giros), y hendiduras, conocidas como surcos, que se muestran en la Figura 4.3.1. Estos giros y surcos forman importantes puntos de referencia que nos permiten separar el cerebro en centros funcionales. El surco más prominente, conocido como la **fisura longitudinal**, es el surco profundo que separa el cerebro en dos mitades o hemisferios: el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho.[1]

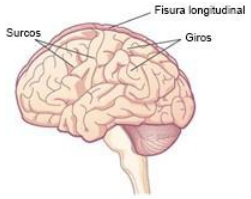


Figura 4.3.1: La superficie del cerebro. ([1])

Los dos hemisferios están conectados por una banda gruesa de fibras nerviosas conocida como el **cuerpo calloso**, que consta de unos 200 millones de axones. El cuerpo calloso permite que los dos hemisferios se comuniquen entre sí y que la información que se procesa en un lado del cerebro se comparta con el otro.[1]

Los dos hemisferios de la corteza cerebral forman parte del prosencéfalo (vea la Figura 4.3.2), que es la parte más grande del cerebro. El prosencéfalo contiene la corteza cerebral y una serie de otras estructuras que se encuentran debajo de la corteza (estructuras subcorticales): el tálamo, el hipotálamo, la hipófisis y el sistema límbico. La corteza cerebral, que es la superficie exterior del cerebro, se asocia con procesos de mayor nivel, como la conciencia, el pensamiento, la emoción, el razonamiento, el lenguaje y la memoria. Cada hemisferio cerebral puede subdividirse en cuatro lóbulos, cada uno de ellos asociado con funciones diferentes.[1]

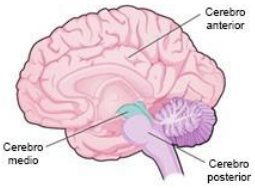


Figura 4.3.2: El cerebro y sus partes pueden dividirse en tres categorías principales. ([3])

Fuente de Figuras

[1] “El cerebro y la médula espinal” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[2] “El cerebro y la médula espinal” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[3] La imagen de “Las estructuras del prosencéfalo” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

4.3: Estructuras del cerebro is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.4: Lóbulos del cerebro

Los cuatro lóbulos

Los cuatro lóbulos del cerebro son el frontal, el parietal, el temporal y el occipital (vea la Figura 4.4.1). El **lóbulo frontal** se encuentra en la parte delantera del cerebro, situado detrás de la frente. El lóbulo frontal interviene en el razonamiento, el control motor, la emoción y el lenguaje. Contiene la corteza motora, que participa en la planificación y en la coordinación del movimiento; la corteza prefrontal, que es responsable del funcionamiento cognitivo de mayor nivel, y el área de Broca, que es esencial para la producción del lenguaje.[1]

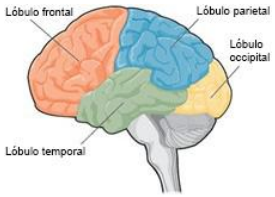


Figura 4.4.1: Los cuatro lóbulos del cerebro. ([2])

El **lóbulo parietal** del cerebro está situado inmediatamente detrás del lóbulo frontal y se encarga de procesar la información de los sentidos del cuerpo. Contiene la corteza somatosensorial, que es esencial para procesar la información sensorial de todo el cuerpo, como el tacto, la temperatura y el dolor.[3]

El **lóbulo temporal** está situado a un lado de la cabeza (temporal significa "cerca de las sienes") y está asociado con la audición, la memoria, la emoción y algunos aspectos del lenguaje. La corteza auditiva, la principal área responsable del procesamiento de la información auditiva, se encuentra en el lóbulo temporal. El área de Wernicke, que es importante para la comprensión del habla, también se encuentra aquí. Mientras que las personas que tienen daños en el área de Broca tienen dificultades para producir el lenguaje, las que tienen daños en el área de Wernicke pueden producir un lenguaje sensato, pero son incapaces de comprenderlo (vea la Figura 4.4.2).[1]

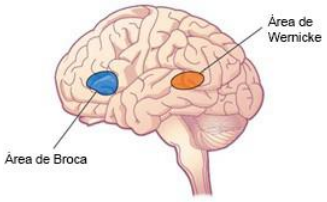


Figura 4.4.2: Ubicación del área de Broca y del área de Wernicke en el cerebro. El área de Broca se encuentra en el lóbulo frontal y la de Wernicke en el lóbulo parietal. ([4])

El **lóbulo occipital** está situado en la parte posterior del cerebro y contiene la corteza visual primaria, que es el responsable de interpretar la información visual entrante.

Fuente de Figuras

[1] "El cerebro y la médula espinal" en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[2] "Los lóbulos del cerebro" en OpenStax tiene licencia CC por 4.0

[3] "El cerebro y la médula espinal" en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[4] "El área de Broca y de Wernicke" en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

4.4: Lóbulos del cerebro is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.5: Otras estructuras del prosencéfalo

Estructuras adicionales del prosencéfalo

Otras estructuras del prosencéfalo, situadas bajo la corteza cerebral, son el tálamo y el sistema límbico. El tálamo es un relé sensorial para el cerebro. Todos nuestros sentidos, a excepción del olfato, pasan por el tálamo antes de dirigirse a otras áreas del cerebro para su procesamiento (Figura 4.5.1).

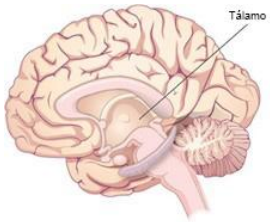


Figura 4.5.1: Tálamo. El tálamo sirve como el centro de relevo del cerebro donde se dirige la mayoría de los sentidos para el procesamiento. (Derechos de autor; [1])

El **sistema límbico** participa en el procesamiento de las emociones y de la memoria. De modo interesante, el sentido del olfato se proyecta directamente al sistema límbico; por lo tanto, como era de esperar, el olfato pueda evocar respuestas emocionales de un modo que otras modalidades sensoriales no pueden. El sistema límbico está formado por diferentes estructuras, pero tres de las más importantes son el hipocampo, la amígdala y el hipotálamo (vea la Figura 4.5.2). El hipocampo es una estructura esencial para el aprendizaje y la memoria. La amígdala participa en nuestra experiencia de la emoción y en la vinculación del significado emocional con nuestros recuerdos. El hipotálamo regula una serie de procesos homeostáticos, como la regulación de la temperatura corporal, el apetito y la presión arterial. El hipotálamo también actúa como una interfaz entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, y en la regulación del comportamiento y de la motivación sexuales.[2]

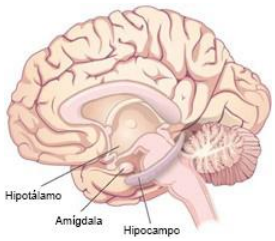


Figura 4.5.2: El sistema límbico. ([3])

Fuente de Figuras

[1] La imagen de “El cerebro y la médula espinal” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[2] “El cerebro y la médula espinal” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[3] El sistema límbico de “El cerebro y la médula espinal” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

4.5: Otras estructuras del prosencéfalo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.6: Lateralización cerebral

El segundo año de vida marca un período de avances radicales en las capacidades lingüísticas expresivas y receptivas de los niños. ¿Cómo apoya el cerebro en desarrollo este crecimiento explosivo del lenguaje? La lateralización cerebral hace referencia a la especialización funcional de los dos hemisferios cerebrales. En otras palabras, cada hemisferio se vuelve dominante para procesar principalmente distintos tipos específicos de información. Un ejemplo común de lateralización cerebral es el procesamiento del lenguaje. La mayoría de los adultos procesa el lenguaje principalmente en el hemisferio izquierdo (Lust et al., 2011; Whitehouse & Bishop, 2009); sin embargo, la lateralización del lenguaje hacia el hemisferio izquierdo no está presente al nacer, sino que se desarrolla a lo largo de los tres primeros años.[1]

En los tres primeros años de vida, la neurociencia ha descubierto cambios en la actividad cerebral, en especial en la especialización cerebral, que están relacionados con la experiencia lingüística de los niños. Como se muestra en la Figura 4.6.1, entre los 13 y los 17 meses de vida, la actividad cerebral es bilateral (se activa en ambos hemisferios). Sin embargo, pocos meses después, a los 20 meses de vida, la actividad cerebral se lateraliza principalmente hacia el hemisferio izquierdo (Mills, Coffey-Corina y Neville, 1997: Mills et al., 2004). Este patrón de resultados ha sido respaldado por estudios sobre el procesamiento de palabras en niños bilingües simultáneos de 19 a 22 meses (Conboy y Mills, 2006), en hablantes tardíos de hasta 30 meses (Mills et al., 2005a) y en niños de 18 a 30 meses con trastorno del espectro autista y con controles de desarrollo típico (Kuhl et al., 2013). Estos datos indican que la lateralización izquierda de la actividad cerebral no está presente al nacer y que el momento en que se pasa de la lateralización bilateral a la izquierda está considerablemente relacionado con la experiencia con el lenguaje, en concreto con la familiaridad con las palabras, más que con la edad cronológica (Mills et al., 2005).[2]

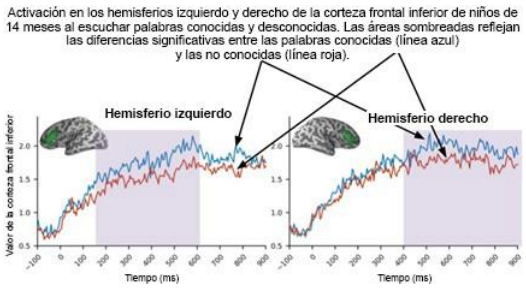


Figura 4.6.1: Activación en los hemisferios izquierdo y derecho de la corteza frontal inferior de niños de 14 meses al escuchar palabras familiares y desconocidas. Las áreas sombreadas reflejan las diferencias significativas entre las palabras conocidas (línea azul) y las desconocidas (línea roja). ([3])

Fuente de Figuras

[1] Groen et al., (2012.) Does cerebral lateralization develop? A study using functional transcranial Doppler ultrasound assessing lateralization for language production and visuospatial memory. *Brain and Behavior, 2*(3), 256-269. CC by NC 3.0

[2] Bosseler et al., (2021). Using magnetoencephalography to examine word recognition, lateralization, and future language skills in 14-month-old infants. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *47*, 100901. CC by 4.0

[3] Imagen de Bosseler et al., (2021). Using magnetoencephalography to examine word recognition, lateralization, and future language skills in 14-month-old infants. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *47*, 100901. CC by 4.0

4.6: Lateralización cerebral is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.7: Neuronas- estructura y función

La estructura de las neuronas

El cerebro humano es posiblemente el más complejo de todos los sistemas biológicos. El cerebro adulto tiene más de 100,000 millones de neuronas (Pakkenberg y Gundersen 1997). Las neuronas son las células que procesan la información en el cerebro (vea la Figura 4.7.1. Hay muchos tipos diferentes de neuronas que varían en su tamaño y forma, así como en su función

Las neuronas establecen conexiones con otras neuronas para formar las redes de procesamiento de la información que son responsables de todos nuestros pensamientos, sensaciones, sentimientos y acciones. Dado que cada neurona puede establecer conexiones con más de 1,000 neuronas, se calcula que el cerebro adulto tiene más de 60 trillones de conexiones neuronales.[1]

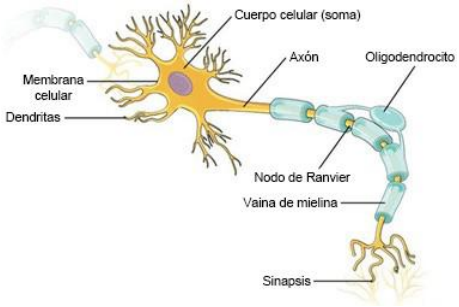


Figura 4.7.1: Estructura de una neurona. ([2])

Las poblaciones de neuronas están conectadas entre sí por fibras que se extienden desde los cuerpos celulares de las neuronas individuales. Hay dos tipos de fibras de conexión: las dendritas y los axones. Las dendritas son conjuntos de fibras cortas que se parecen a las ramas de un árbol. Se extienden solo a una corta distancia del cuerpo celular de la neurona. Su función principal es recibir las señales electroquímicas de entrada de otras neuronas. Los axones son fibras largas de conexión que se extienden por grandes distancias y establecen conexiones con otras neuronas, con frecuencia en las dendritas. Los axones actúan un poco como los cables telefónicos, ya que se encargan de enviar señales electroquímicas a las neuronas que se encuentran en lugares distantes.

Los haces de axones individuales de muchas neuronas diferentes dentro de una región del cerebro forman fascículos que se extienden y se conectan con grupos de neuronas de otras regiones del cerebro que forman las redes de procesamiento de la información. Los axones están envueltos en una sustancia adiposa llamada mielina que, como el aislamiento de un cable telefónico, hace eficiente la transmisión de señales electroquímicas entre regiones. La mielina tiene un aspecto blanco, por lo que las vías de fibra del cerebro muchas veces se denominan “materia blanca” o “vías de materia blanca”.[3]

Las neuronas se comunican entre sí mediante una “señalización química”, que es un proceso en el que intercambian sustancias químicas llamadas “neurotransmisores”. Así es como ocurre: un potencial de acción es un impulso eléctrico que viaja por una neurona, lo que provoca que esta libere neurotransmisores en un pequeño espacio que se encuentra entre dos neuronas, llamado una sinapsis. Luego, las dendritas de la neurona del otro lado de la sinapsis captan los neurotransmisores, lo que genera un potencial de acción que viaja por el axón de esta segunda neurona. Este proceso continúa en varias neuronas que están conectadas entre sí.[5]

Aunque la mayoría de los 100,000 a 200,000 millones de neuronas del cerebro están presentes al nacer, no están completamente maduras durante la infancia y la niñez. A medida que maduran, las neuronas establecen conexiones entre sí. Las sinapsis, las conexiones entre las neuronas, experimentan un período de exuberancia transitoria o de crecimiento drástico temporal. Durante los dos primeros años, hay una proliferación de estas sinapsis, de modo que a los 2 años una sola neurona puede tener miles de conexiones. En la Figura 4.7.2, se muestran las neuronas y sus conexiones de un área del lóbulo frontal de la corteza. En la imagen A (a la izquierda de la Figura 4.7.2), se muestra el cerebro de un bebé de un mes, y en la imagen B, se muestra el cerebro de un niño de seis años. Como nacemos con la mayoría de las neuronas que tendremos, la diferencia entre estas dos imágenes no es una diferencia en la cantidad de neuronas, sino que la diferencia entre ellas es la cantidad y la calidad de las conexiones.

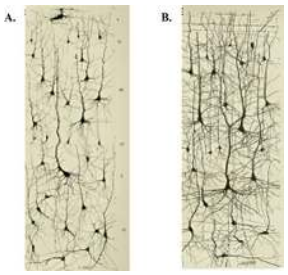


Figura 4.7.2: Cambio en las conexiones neuronales de 1 año a 6 años.[6]

Tras el drástico aumento de las sinapsis, las vías neuronales que no se utilizan se eliminarán, lo que hará que las que sí se utilizan sean mucho más fuertes. Este proceso de eliminación se denomina poda. La experiencia determinará cuáles de estas conexiones se mantienen y cuáles se podan. Al final, se perderá alrededor del 40 % de las primeras conexiones (Webb, Monk y Nelson, 2001). Esta actividad se produce principalmente en la corteza o en la fina cubierta exterior del cerebro que participa en la actividad voluntaria y el pensamiento. La corteza prefrontal, que está situada detrás de la frente, sigue creciendo y madurando durante toda la infancia y tiene otro crecimiento durante la adolescencia. Es la última parte del cerebro en madurar y acabará constituyendo el 85 % del peso del cerebro. A medida que la corteza prefrontal madura, el niño es cada vez más capaz de regular o de controlar las emociones, de pensar hipotéticamente, de elaborar estrategias y de tener un mejor criterio. Por supuesto, esto no se consigue del todo en la infancia y en la niñez, sino que continúa durante toda la infancia y hasta la edad adulta (Uytun, 2018).[7]

Mielinización

Otro cambio significativo que se produce en el sistema nervioso central es el desarrollo de la mielina, un revestimiento de tejidos grasos alrededor del axón de la neurona. La mielina ayuda a aislar la célula nerviosa y a acelerar la velocidad de transmisión de los impulsos de una célula a otra. Este aumento potencia la construcción de vías neuronales y mejora la coordinación y el control de los movimientos y de los procesos de pensamiento. Durante la infancia, la mielinización progresa rápido, con un número creciente de axones que adquieren vainas de mielina. Esto se corresponde con el desarrollo de las habilidades cognitivas y motoras, como la comprensión del lenguaje, la adquisición del habla, el procesamiento sensorial, alcanzar/sujetarse y gatear/caminar. El desarrollo de la mielina continúa hasta la adolescencia, pero es más drástico durante los primeros años de vida.[8] [9]

Fuente de Figuras

[1] Stiles & Jernigan (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology review, 20*(4), 327-348. CC by 2.0

[2] Imagen de “Physical Growth and Brain Development in Infancy” por Tera Jones para Lumen Learning con licencia CC by 4.0.

[3] Stiles & Jernigan (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology Review, 20*(4), 327-348. CC by 2.0

[5] Kaur et al., (2019). Using magnets to stimulate the brain helps people with depression. *Frontiers for Young Minds, 7*, 1-8. CC by 4.0

[6] DeFelipe (2013). Going to school to sculpt the brain. *Frontiers for Young Minds*. CC by 4.0

[7] “Physical Growth and Brain Development in Infancy” por Tera Jones para Lumen Learning con licencia CC by 4.0.

[8] “Brain Development” by: Nicole Arduini-Van Hoose proporcionada por el Hudson Valley Community College. CC BY-NC-SA 4.0.

[9] “Physical Growth and Brain Development in Infancy” por Tera Jones para Lumen Learning con licencia CC by 4.0.

4.7: Neuronas- estructura y función is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.8: Desarrollo de las redes cerebrales

Redes cerebrales

¿Cómo el cerebro puede retener tanta información y, al mismo tiempo, tener la capacidad de procesar rápida y eficazmente nueva información durante la infancia y la niñez? El cerebro adulto es una red muy organizada que está formada por miles de millones de neuronas interconectadas (Herculano-Houzel, 2009). Para casi todos los procesos cognitivos es necesaria una comunicación rápida y eficaz en todo el cerebro. Una teoría indica que el cerebro tiene conjuntos de redes. Cada red se compone de núcleos que representan distintas regiones del cerebro, con vías que conectan estas regiones. Fransson et al. (2010) fueron los primeros en investigar la arquitectura funcional del cerebro de un bebé. Informaron que las redes funcionales ya están presentes, aunque de forma básica, en el cerebro de los recién nacidos y se ubican principalmente en las regiones sensoriales y motoras del cerebro, lo que favorece el desarrollo sensoriomotor de los bebés.

En la Figura 4.8.1, se ilustran los cambios en el desarrollo de las redes cerebrales entre los niños de 1 mes, 1 año y 2 años. Compare las imágenes de cada grupo etario, ¿qué similitudes y diferencias observa? En los niños de un mes, los núcleos de la red están situados en las zonas anterior (cerca de la parte delantera) y posterior (cerca de la parte trasera) del cerebro, y tienen conexiones limitadas entre los núcleos anteriores y posteriores. En comparación, en los niños de un año, los núcleos de la red están situados más hacia el centro del cerebro con más conexiones que unen todos los núcleos. Por último, en los niños de dos años, la ubicación de los núcleos se distribuye más espacialmente, con núcleos situados en todo el cerebro y conexiones que unen todos los núcleos de la red. En resumen, en esta investigación se demuestra que los niños nacen con redes cerebrales preparadas para procesar las numerosas experiencias sensoriales y motoras de la primera infancia, y que, en los dos primeros años, estas redes sufren grandes transformaciones mientras siguen apoyando al niño en rápido desarrollo.

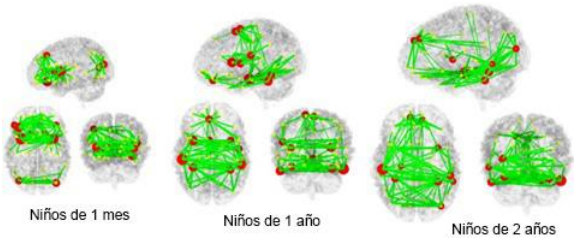


Figura 4.8.1: Ubicación y conexiones entre los diez principales núcleos de la red cerebral. En los niños de un mes, los núcleos de la red están situados en las zonas anterior (cerca de la parte delantera) y posterior (cerca de la parte trasera) del cerebro, y tienen conexiones limitadas entre los núcleos anteriores y posteriores. En comparación, en los niños de un año, los núcleos de la red están situados más hacia el centro del cerebro con más conexiones que unen todos los núcleos. Por último, en los niños de dos años, la ubicación de los núcleos se distribuye más espacialmente, con núcleos situados en todo el cerebro y conexiones que unen todos los núcleos de la red ([1])

Fuente de Figuras

[1] Imagen de Gao et al., (2011). Temporal and spatial evolution of brain network topology during the first two years of life. *PloS One*, *6*(9), e25278. CC by 4.0

4.8: Desarrollo de las redes cerebrales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.9: Patrones de crecimiento de la materia cerebral

Materia cerebral

Si se observa el tejido del cerebro, hay regiones que contienen principalmente cuerpos celulares neuronales, y dendritas y regiones que se componen en gran parte solo de axones. Estas dos regiones suelen denominarse **materia gris** (las regiones con muchos cuerpos celulares y dendritas) o **materia blanca** (las regiones con muchos axones mielinizados). En la Figura 4.9.1, se muestra el aspecto de estas regiones en el cerebro y en la médula espinal. Los colores atribuidos a estas regiones son los que se verían en el tejido cerebral “fresco” o sin teñir. La materia gris no es necesariamente gris. Puede tener un color rosado debido al contenido de sangre, o incluso ligeramente tostado, según el tiempo que se haya conservado el tejido. Pero la materia blanca es blanca porque los axones están aislados por una sustancia lipídica llamada mielina. Los lípidos pueden aparecer como material blanco (“graso”), muy parecido a la grasa de un trozo de pollo o de carne de res cruda.

En realidad, la materia gris puede tener ese color atribuido porque si se observa al lado de la materia blanca, es simplemente más oscura, por lo tanto, gris.[1]

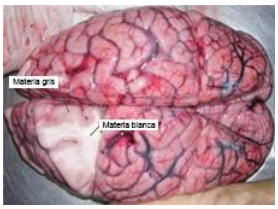


Figura 4.9.1: Materia gris y materia blanca de un cerebro expuesto. ([2])

En los tres primeros años, hay un rápido crecimiento del volumen total del cerebro, pero el ritmo de crecimiento es diferente para la materia gris y la blanca. En la Figura 4.9.2, se muestra el patrón de crecimiento promedio del volumen total del cerebro a lo largo de los primeros 547 días (unos 18 meses) de desarrollo, así como las trayectorias individuales de crecimiento de la materia blanca y gris. En la Figura 4.9.2, se ilustra la tendencia de crecimiento relativamente más rápida de la materia gris en comparación con el crecimiento de la materia blanca, lo que indica que el crecimiento temprano del volumen del cerebro está dominado principalmente por el aumento de la materia gris.[3] En las Figuras 4.9.3 y 4.9.4, se muestra el crecimiento de la materia gris y de la materia blanca en mujeres y hombres por separado, a lo largo de los tres primeros años y por cada año posterior, hasta los dieciocho años. Además, en estos gráficos se destaca el rápido crecimiento del volumen del cerebro, tanto de la materia blanca como de la gris, durante la infancia y la niñez.

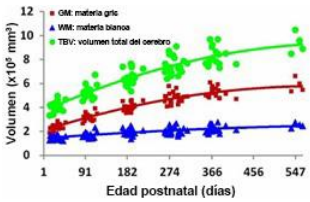


Figura 4.9.2: Se representa el patrón de crecimiento promedio del volumen total del cerebro a lo largo de los primeros 547 días (unos 18 meses) de desarrollo, así como las trayectorias individuales de crecimiento de la materia blanca y gris. Edad postnatal y volumen (× 105 mm3); volumen del cerebro total (Total brain volume, TBV): 1 día = 1 aumentando progresivamente hasta 547 días = 2; materia gris (Gray matter, GM): 2 días - 2 aumentando hasta 5 a los 547 días; materia blanca total (White matter, WM): 1 día = 4 progresivamente hasta 10 a los 547 días. ([4])

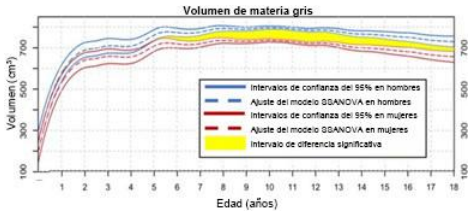


Figura 4.9.1: Se ilustra la tendencia de crecimiento relativamente más rápida de la materia gris en comparación con el crecimiento de la materia blanca, lo que indica que el crecimiento temprano del volumen del cerebro está dominado principalmente por el aumento de la materia gris. En las Figuras 4.9.3 y 4.9.4, se muestra el crecimiento de la materia gris y de la materia blanca en mujeres y hombres por separado, a lo largo de los tres primeros años y para cada año posterior, hasta los dieciocho años. ([5])

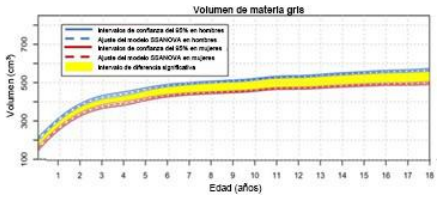


Figura 4.9.4: Trayectorias de crecimiento de la materia blanca. En las Figuras 4.9.3 y 4.9.4, se muestra el crecimiento de la materia gris y de la materia blanca en mujeres y hombres por separado, a lo largo de los tres primeros años y para cada año posterior, hasta los dieciocho años. ([6])

La visión de la justicia social:

Los ingresos familiares afectan al ritmo de crecimiento del cerebro de los bebés y de los niños pequeños.

Hanson et al., (2013) analizaron medidas repetidas del desarrollo del cerebro de niños de cinco meses a cuatro años con diferentes orígenes económicos. Los datos indican que los entornos de bajo nivel socioeconómico (SES) influyen en el ritmo de desarrollo del cerebro de los bebés. Como se muestra en la figura, los bebés y los niños pequeños de familias con ingresos bajos empezaron su vida con volúmenes de materia gris cerebral similares; sin embargo, al llegar a la niñez, tenían una materia gris total inferior a la de los niños de hogares con ingresos medios y altos.

Trayectorias de crecimiento de la materia gris por grupo de SES. [7]

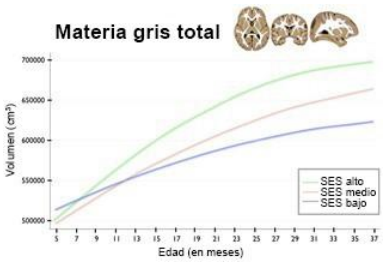


Figura 4.9.5: Trayectorias de crecimiento de la materia gris por grupo de SES. [7]

A medida que los niños crecen –y supuestamente están más expuestos a los efectos de su entorno–, las diferencias en el volumen del cerebro entre los niños de hogares de menor SES y los de mayor SES se amplían. Además, los volúmenes más pequeños de este tejido cerebral estaban relacionados con mayores problemas de comportamiento en los años preescolares.

Preguntas para reflexionar:

- ¿Cuáles son los diferentes factores ambientales entre las familias de un SES alto y las de un SES bajo que pueden generar principalmente estos datos?
- ¿Son diferentes los centros de asistencia grupal que atienden principalmente a familias de un SES alto o bajo? ¿De qué manera?
- ¿De qué manera los centros de asistencia a bebés y niños pequeños pueden estar predispuestos a atender a una población de un determinado SES?
- ¿Qué políticas y prácticas podemos aplicar para intentar mejorar el entorno de los bebés y niños pequeños en los centros de asistencia?

Fuente de Figuras

[1] “Anatomía y Fisiología” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[2] La imagen de “Anatomía y Fisiología” en OpenStax tiene licencia CC by 4.0

[3] Wang et al., (2012). 4D multi-modality tissue segmentation of serial infant images. CC by 4.0

[4] Imagen de Wang et al., (2012). 4D multi-modality tissue segmentation of serial infant images. CC by 4.0

[5] Imagen adaptada de Peterson et al., (2021). Normal childhood brain growth and a universal sex and anthropomorphic relationship to cerebrospinal fluid. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. Utilizado con permiso.

[6] Imagen adaptada de Peterson et al., (2021). Normal childhood brain growth and a universal sex and anthropomorphic relationship to cerebrospinal fluid. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. Utilizado con permiso.

[7] Imagen de Hanson et al., (2013). Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *PloS One*, *8*(12), e80954. CC by 3.0

4.9: Patrones de crecimiento de la materia cerebral is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.10: Sistemas cerebrales subyacentes al desarrollo

Apoyo al desarrollo del cerebro

Durante los dos primeros años de vida, el cerebro experimenta un crecimiento drástico a medida que favorece el desarrollo de diversas capacidades conductuales y cognitivas. Como persona encargada del cuidado, no puede observar directamente este crecimiento del cerebro, pero puede ser testigo de los muchos hitos del desarrollo por lo que los bebés y los niños pequeños pasan rápido.
La neurociencia ha demostrado que muchos logros del desarrollo están apoyados por sistemas cerebrales específicos subyacentes.

El tipo de apego seguro que desarrollan los niños pequeños se asocia con las relaciones que mantienen con sus cuidadores. En bebés de seis meses, la sensibilidad de la persona encargada de su cuidado y la conectividad funcional del cerebro estaban relacionadas entre el hipocampo y las regiones cerebrales importantes para la regulación de las emociones, la flexibilidad cognitiva y la comunicación social (Rifkin-Graboi et al., 2015). Entre los 6 y los 8 meses de vida, el cerebro del bebé es capaz de distinguir entre los sonidos de cualquier lengua, pero alrededor del año, se comprometen neuralmente y se vuelven más eficientes para procesar su lengua materna y menos competentes para distinguir los sonidos que no se encuentran en su lengua materna (Kuhl et al., 2006; Rivera-Gaxiola, Silva-Pereyra & Kuhl, 2005). A los doce meses de vida, el logro de caminar se correlaciona con la conectividad cerebral funcional de las redes motoras en el cerebro del bebé (Marrus et al., 2018). La atención conjunta, es decir, el enfoque coordinado de dos personas en un objeto, surge durante los dos primeros años de vida y confirma el funcionamiento sociocomunicativo relacionado con el desarrollo saludable del lenguaje, la empatía y la teoría de la mente. La organización funcional del cerebro se relaciona con la aparición de la atención conjunta en bebés y niños pequeños (Eggebrecht et al., 2017). El desarrollo acelerado del vocabulario después de los 18 meses que experimentan muchos niños se relaciona con una fase de mielinización rápida en las regiones cerebrales temporales y frontales relacionadas con el lenguaje (Pujol et al., 2006). Como se demuestra en estos estudios, el cerebro no solo experimenta un crecimiento general en volumen y funcionalidad, sino que hay sistemas cerebrales específicos que indican la evolución de las capacidades de los niños, muchas de las que, como cuidadores, observamos en sus comportamientos.[1]

Fuente de Figuras

[1] Eggebrecht et al., (2017). Joint attention and brain functional connectivity in infants and toddlers. *Cerebral Cortex*, *27*(3), 1709-1720. CC by NC 4.0

4.10: Sistemas cerebrales subyacentes al desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.11: Conclusión

Conclusión del capítulo “Resumen del desarrollo del cerebro”

Como cuidadores, tenemos la maravillosa oportunidad de presenciar el extraordinario desarrollo que ocurre desde la infancia hasta la niñez. Durante estos tres primeros años, el cerebro también experimenta un cambio drástico en su formación. En esta sección, se presenta un resumen de algunos de los aspectos básicos de la fisiología del cerebro, donde se presta especial atención a los cambios de transformación que ocurren durante los tres primeros años de vida, a medida que el cerebro sigue confirmando los numerosos descubrimientos y experiencias de los bebés y niños pequeños.

4.11: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

4.12: Referencias

Belsky, J., & De Haan, M. (2011). Annual research review: Parenting and children's brain development: The end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(4), 409-428.

Brito, N. H., Troller-Renfree, S. V., Leon-Santos, A., Isler, J. R., Fifer, W. P., & Noble, K. G. (2020). Associations among the home language environment and neural activity during infancy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 100780.

Courchesne, E., Chisum, H. J., Townsend, J., Cowles, A., Covington, J., Egaas, B., Harwood, M., Hinds, S. & Press, G. A. (2000). Normal brain development and aging: Quantitative analysis at in vivo MR imaging in healthy volunteers. *Radiology*, *216*(3), 672-682.

Eggebrecht, A. T., Elison, J. T., Feczko, E., Todorov, A., Wolff, J. J., Kandala, S., Adams, C. M., Snyder, A. Z., Lewis, J. D., Estes, A. M., Zwaigenbaum, L., Botteron, K. N., McKinstry, R. C., Constantino, J. N., Evans, A., Hazlett, H. C., Dager, S., Paterson, S. J., Schultz, R. T., Styner, M. A., Gerig, G., Das, S., Kostopoulos, P., The IBIS Network, Schlaggar, B. L., Petersen,

S. E., Piven, J.John R Pruett, J. & Pruett Jr, J. R. (2017). Joint attention and brain functional connectivity in infants and toddlers. *Cerebral Cortex*, *27*(3), 1709-1720.

Garcia-Sierra, A., Rivera-Gaxiola, M., Percaccio, C. R., Conboy, B. T., Romo, H., Klarman, L., Ortiz, S. & Kuhl, P. K. (2011). Bilingual language learning: An ERP study relating early brain responses to speech, language input, and later word production. *Journal of Phonetics*, *39*(4), 546-557.

Iwasaki, N., Hamano, K., Okada, Y., Horigome, Y., Nakayama, J., Takeya, T., Takita, H., & Nose, T. (1997). Volumetric quantification of brain development using MRI. *Neuroradiology*, *39*(12), 841-846.

Kaur, M., Richardson, K. E., & Fitzgerald, P. B. (2019). Using magnets to stimulate the brain helps people with depression. *Frontiers for Young Minds*, *7*, 1-8.

Kennedy, D. N., Makris, N., Herbert, M. R., Takahashi, T., & Caviness Jr, V. S. (2002). Basic principles of MRI and morphometry studies of human brain development. *Developmental Science*, *5*(3), 268-278.

Knickmeyer, R. C., Gouttard, S., Kang, C., Evans, D., Wilber, K., Smith, J. K., Hamer, R. M., Lin, W., Gerig, G., & Gilmore, J. H. (2008). A structural MRI study of human brain development from birth to 2 years. *Journal of Neuroscience*, *28*(47), 12176-12182.

Kuhl, P. K., Stevens, E., Hayashi, A., Deguchi, T., Kiritani, S., & Iverson, P. (2006). Infants show a facilitation effect for native language phonetic perception between 6 and 12 months. *Developmental Science*, *9*(2), F13-F21.

Leblanc, É., Dégeilh, F., Daneault, V., Beauchamp, M. H., & Bernier, A. (2017). Attachment security in infancy: a preliminary study of prospective links to brain morphometry in late childhood. *Frontiers in Psychology*, *8*, 2141.

Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *30*(6), 718-729.

Levitt, P. (2003). Structural and functional maturation of the developing primate brain. *The Journal of Pediatrics*, *143*(4), 35-45.

Lust, J. M., Geuze, R. H., Groothuis, A. G. G., Van der Zwan, J. E., Brouwer, W. H., Van Wolffelaar, P. C., & Bouma, A. (2011). Driving performance during word generation—testing the function of human brain lateralization using fTCD in an ecologically relevant context. *Neuropsychologia*, *49*(9), 2375-2383.

Marrus, N., Eggebrecht, A. T., Todorov, A., Elison, J. T., Wolff, J. J., Cole, L., Gao, W., Pandey, J., Shen, M. D., Swanson, M.

R., Emerson, R. W., Klohr, C. L., Adams, C. M., Estes, A. M., Zwaigenbaum, L., Botteron, K. N., McKinstry, R. C., Constantino, J. N., Evans, A. C., Hazlett, H. C., Dager, S. R., Paterson, S. J., Schultz, R. T., Styner, M. A., Gerig, G., The IBIS Network, Schlaggar, B. L., Piven, J. & Pruett Jr, J. R. (2018). Walking, gross motor development, and brain functional connectivity in infants and toddlers. *Cerebral Cortex*, *28*(2), 750-763.

Mills, D. L., Coffey-Corina, S., & Neville, H. J. (1997). Language comprehension and cerebral specialization from 13 to 20 months. *Developmental Neuropsychology*, *13*(3), 397-445.

Mills, D. L., Plunkett, K., Prat, C., & Schafer, G. (2005). Watching the infant brain learn words: Effects of vocabulary size and experience. *Cognitive Development*, *20*(1), 19-31.

Mills, D. L., Prat, C., Zangl, R., Stager, C. L., Neville, H. J., & Werker, J. F. (2004). Language experience and the organization of brain activity to phonetically similar words: ERP evidence from 14-and 20-month-olds. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *16*(8), 1452-1464.

Nelson III, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*.

Pakkenberg, B., & Gundersen, H. J. G. (1997). Neocortical neuron number in humans: Effect of sex and age. *Journal of Comparative Neurology*, *384*(2), 312-320.

Paus, T., Collins, D. L., Evans, A. C., Leonard, G., Pike, B., & Zijdenbos, A. (2001). Maturation of white matter in the human brain: A review of magnetic resonance studies. *Brain Research Bulletin*, *54*(3), 255-266.

Peterson, M. R., Cherukuri, V., Paulson, J. N., Ssentongo, P., Kulkarni, A. V., Warf, B. C., Monga, V., & Schiff, S. J. (2021). Normal childhood brain growth and a universal sex and anthropomorphic relationship to cerebrospinal fluid. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics* (published online ahead of print 2021).

Pujol, J., Soriano-Mas, C., Ortiz, H., Sebastián-Gallés, N., Losilla, J. M., & Deus, J. (2006). Myelination of language-related areas in the developing brain. *Neurology*, *66*(3), 339-343.

Reiss, A. L., Abrams, M. T., Singer, H. S., Ross, J. L., & Denckla, M. B. (1996). Brain development, gender and IQ in children: A volumetric imaging study. *Brain*, *119*(5), 1763-1774.

Rifkin-Graboi, A., Kong, L., Sim, L. W., Sanmugam, S., Broekman, B. F. P., Chen, H., Wong, E., Kwek, K., Saw, S. M., Chong,

Y. S., Gluckman, P. D., Fortier, M. V., Pederson, D., Meaney M. J. & Qiu, A. (2015). Maternal sensitivity, infant limbic structure volume and functional connectivity: a preliminary study. *Translational Psychiatry*, *5*(10), e668-e668.

Rivera-Gaxiola, M., Silva-Pereyra, J., & Kuhl, P. K. (2005). Brain potentials to native and non-native speech contrasts in 7-and 11-month-old American infants. *Developmental Science*, *8*(2), 162-172.

Romeo, R. R., Leonard, J. A., Robinson, S. T., West, M. R., Mackey, A. P., Rowe, M. L., & Gabrieli, J. D. (2018). Beyond the 30-million-word gap: Children's conversational exposure is associated with language-related brain function. *Psychological Science*, *29*(5), 700-710.

Uytun, M. C. (2018). Development period of prefrontal cortex. In *Prefrontal Cortex*. IntechOpen.

Webb, S. J., Monk, C. S., & Nelson, C. A. (2001). Mechanisms of postnatal neurobiological development: implications for human development. *Developmental Neuropsychology*, *19*(2), 147-171.

Wedderburn, C. J., Subramoney, S., Yeung, S., Fouche, J. P., Joshi, S. H., Narr, K. L., Rehman, A. M., Roosa, A., Ipser, J., Robertson, F. C., Groenewold, N. A., Gibb, D. M., Zarak, H. J., Stein, D. J. & Donald, K. A. (2020). Neuroimaging young children and associations with neurocognitive development in a South African birth cohort study. *NeuroImage*, *219*, 116846.

Whitehouse, A. J., & Bishop, D. V. (2009). Hemispheric division of function is the result of independent probabilistic biases. *Neuropsychologia*, *47*(8-9), 1938-1943.

Wickens, A. (2009). *Introduction to biopsychology*. Pearson Education.

4.12: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

5: Salud mental de bebés y niños pequeños

5.1: Introducción
5.2: La salud mental en la infancia y la niñez
5.3: Experiencias adversas en la infancia
5.4: Adversidad y estrés tóxico
5.5: Resiliencia
5.6: Atención con conocimiento de los traumas
5.7: Conclusión
5.8: Referencias

5: Salud mental de bebés y niños pequeños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.1: Introducción

Introducción a la salud mental de bebés y niños pequeños

En todo el mundo, entre el 10 % y el 20 % de los niños y adolescentes sufren trastornos de salud mental (Bethell et al., 2022; Kessler et al., 2007) que pueden tener un impacto grave y negativo en su desarrollo y en su capacidad a largo plazo para llevar una vida sana, productiva y plena (Lyons-Ruth et al., 2017). Los trastornos de salud mental tienen un profundo impacto en todos los aspectos de la salud, la felicidad y la productividad. Como las dificultades de salud mental en las primeras etapas de la vida tienen un impacto significativo en la trayectoria futura de la salud de una persona, es esencial construir las bases de una buena salud mental durante el período crítico de la infancia y la niñez (Lewis et al., 2014; Moore et al., 2017). Esta sección tratará sobre la salud mental y las experiencias adversas en la infancia y niñez, y el papel de los cuidadores en el apoyo del desarrollo de la salud mental óptima. [1]

Referencias

[1] Izett et al., (2021). Prevention of mental health difficulties for children aged 0–3 years: A review. *Frontiers in Psychology, 2794*. CC by 4.0

5.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.2: La salud mental en la infancia y la niñez

Salud mental

Si bien es ampliamente aceptado que estamos en medio de una crisis de salud mental para los jóvenes, lo que a menudo se pasa por alto es que los precursores de los problemas de salud mental pueden comenzar ya en el período perinatal y también en la primera infancia (Robinson et al., 2008). Esto hace que la infancia y la niñez sea una ventana crucial para la intervención, con el objetivo de promover una buena salud mental para bebés y niños pequeños (Robinson et al., 2008). [1]

Una buena salud mental en la infancia y la niñez significa un desarrollo social y emocional saludable. Incluye la capacidad del niño para experimentar, regular y expresar emociones, para desarrollar relaciones interpersonales cercanas y seguras, y para explorar el entorno y aprender (Clinton, Feller & Williams, 2016). Todas estas capacidades se desarrollan mejor en un entorno de cuidados que incluya las expectativas familiares, comunitarias y culturales para los niños pequeños (Parlakian & Seibel, 2002). [1]



\Figura 5.2.1: Abrazos felices. ([2])

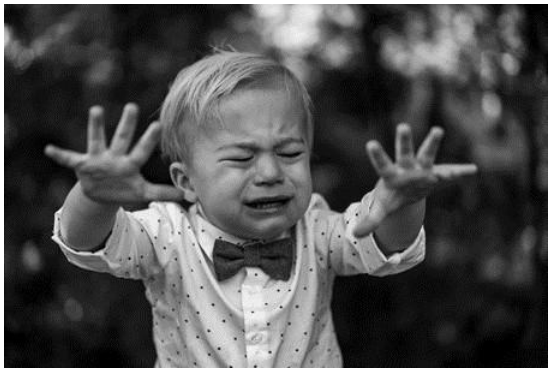
Según investigaciones, se ha establecido que los bebés y los niños pequeños pueden sufrir trastornos de salud mental que requieren tratamiento (Warner & Pottick, 2006; Zero to Three, 2012). Las dificultades en la infancia incluyen alteraciones regulatorias como el llanto excesivo, dificultades para dormir o alimentarse, y dificultades de apego (Postert et al., 2012; Zero to Three, 2016). Los problemas de salud mental en la primera infancia incluyen conductas de exteriorización como la agresión y el desafío opositor (Egger & Angold, 2006; Loeber et al., 2009), y problemas de interiorización como la ansiedad y la depresión (Bayer et al., 2011; Costello, Egger & Angold, 2005; Rapee, Schniering & Hudson, 2009). [1]

Después de varios estudios epidemiológicos, se ha determinado la prevalencia de los trastornos de salud mental en bebés y niños pequeños: del 16 % al 18 % de trastornos de salud mental entre niños de 1 a 5 años y, aproximadamente, la mitad de ellos están gravemente afectados (von Klitzing, Döhnert, Kroll & Grube, 2015). Según uno de estos estudios, casi el 35 % de los niños entre 12 y 18 meses de edad obtenían un puntaje alto en la Escala de Problemas de la Evaluación Social Emocional Breve de Bebés y Niños Pequeños (Problem Scale of the Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment, BITSEA) (Horwitz et al., 2013), mientras que, según otro estudio, a los 18 meses de edad, entre el 16 % y el 18 % de los niños cumplían los criterios para uno o más diagnósticos de un trastorno de salud mental o del desarrollo (Skovgaard et al., 2007). Un estudio australiano tuvo resultados similares: halló que, a los 2 años, el 12 % de los niños tenían problemas emocionales, conductuales o sociales clínicamente significativos en el contexto de la alteración de la relación entre el cuidador y el niño (Bayer et al., 2011). Además, según otro estudio australiano, a los cinco años, el 20 % de los niños estudiados tenían problemas de comportamiento clínicamente significativos (Robinson et al., 2008). Es importante reconocer que la mayoría de los estudios epidemiológicos recientes se han realizado en países desarrollados, económicamente estables y pacíficos (Lyons-Ruth et al., 2017). Los datos indican que los índices de dificultades de salud mental pueden ser mucho más elevados en los países en los que existe pobreza extrema, guerras, desplazamiento familiar y traumas (Tomlinson et al., 2014). [1]



\Figura 5.2.2: Niña pequeña experimenta una emoción. ([1])

Los problemas de salud mental en bebés y niños pequeños predicen en gran medida malos resultados mentales, físicos, cognitivos y sociales durante la infancia, la adolescencia y la adultez (McKelvey et al., 2017). Los problemas de regulación en la infancia se relacionan con posteriores retrasos motores, lingüísticos y cognitivos, problemas de conducta y dificultades continuas en la relación entre el cuidador y el niño (Cook et al., 2019; DeGangi et al., 2000; Hemmi et al., 2011). En un estudio longitudinal, dos tercios de los bebés y niños pequeños (de 12 a 40 meses de edad) con dificultades emocionales y de comportamiento más tempranas seguían teniendo dificultades con psicopatología persistente un año después (Briggs-Gowan et al., 2006). En otro estudio, se descubrió que el temperamento difícil, la desobediencia y la agresión en la infancia y la niñez (niños de uno a tres años) estaban asociados con los trastornos psiquiátricos internalizantes y externalizantes a los cinco años (Keenan et al., 1998). [1]



\Figura 5.2.3: Niño pequeño experimenta una emoción negativa. ([4])

Si no se tratan, las dificultades de salud mental que comienzan en los primeros años de vida pueden agravarse con el tiempo (Briggs-Gowan et al., 2006; Clinton et al., 2016; Lavigne et al., 1998; Shaw, Gilliom Ingoldsby & Nagin, 2003; Slemming et al, 2010; Suveg, Southam-Gerow, Goodman & Kendall, 2007), y pueden persistir hasta la adolescencia y la edad adulta (Bayer et al., 2011; Bor, McGee & Fagan, 2004; National Scientific Council on the Developing Child, 2008). Los niños con problemas de salud mental corren un mayor riesgo de tener dificultades luego, en la escuela, con sus compañeros; dificultades en su trabajo; problemas con las drogas y el alcohol; ruptura de relaciones; violencia familiar; actividad criminal; delincuencia juvenil y suicidio (Bayer et al., 2008; National Scientific Council on the Developing Child, 2008). [1]

Factores de riesgo de los problemas de salud mental de los bebés y niños pequeños

Existe un consenso internacional de que los primeros 1,000 días de vida, (el período de desarrollo desde la concepción hasta los dos años) representan un período crucial de rápido crecimiento físico, psicológico y neurológico (Darling, Bamidis, Burberry & Rudolf, 2020; Moore et al., 2017). Durante este período, hay mayor probabilidad de que las experiencias perjudiciales, como los traumas o las privaciones tempranas, sean especialmente dañinas y tengan un gran impacto en el desarrollo futuro, con efectos adversos que pueden convertirse en consecuencias para toda la vida (Lyons-Ruth et al., 2017; Moore et al., 2017; Shonkoff et al., 2012). [1]

Los investigadores han identificado varios factores de riesgo de la mala salud mental en los bebés, teniendo en cuenta la interacción entre la genética, el temperamento y el entorno del niño específico (McLuckie et al., 2019). Los riesgos para el niño incluyen dificultades de salud física, un temperamento difícil y patrones de apego inseguro y desorganizado (Bosquet & Egeland, 2006;

Edwards et al., 2010; Miner & Clarke-Stewart, 2008; Van Zeijl et al., 2006; Wlodarczyk et al., 2017). Los factores de riesgo asociados a la familia incluyen las interacciones de los padres que son insensibles, carecen de calidez o son controladores, así como las interacciones de los cuidadores que se involucran demasiado o son excesivamente protectores. Otros factores son la disciplina

excesivamente severa, las dificultades de salud mental o el estrés de los cuidadores, los problemas de drogadicción de los padres, la violencia familiar, la educación limitada de los padres y el conflicto o la separación/divorcio de los padres (Ashford et al., 2008; Bayer et al., 2011; Bayer, Sanson & Hemphill, 2006; Dwyer et al., 2003; Edwards et al., 2010; McCarty, Zimmerman, Digiuseppe & Christakis, 2005; Miner & Clarke-Stewart, 2008; Pike et al., 2006; Van Zeijl et al., 2006; Wlodarczyk et al., 2017). [1]

Salud mental de bebés y niños pequeños: factores de protección

Según la teoría del apego, la relación entre el bebé y sus cuidadores primarios tiene una importante influencia en el desarrollo de la capacidad de regulación emocional y conductual (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969). Gracias a una gran cantidad de evidencia, se ha identificado que el cerebro en desarrollo de un bebé está moldeado por la calidad del entorno de cuidado proporcionado por sus cuidadores primarios (Kerns & Brumariu, 2014; Lally & Mangione, 2017). Las relaciones de apego primario seguras, aunque no son una garantía contra futuras dificultades de salud mental, son factores de protección influyentes para la salud mental de los bebés y los niños pequeños. Una relación de apego segura permite que el cerebro en desarrollo del bebé desarrolle sus capacidades para establecer y mantener relaciones, la regulación emocional, la atención y el autocontrol, y establece una base sólida para el posterior desarrollo de la resiliencia, la confianza y la adaptabilidad (Balbernie, 2013; Benoit, 2004). Los investigadores han determinado de forma consistente que los niños con apego seguro experimentan relaciones más fuertes con sus cuidadores, así como una mayor capacidad de resolución de problemas, mejores relaciones con los compañeros y amistades más duraderas (Abraham & Kerns, 2013; Guild et al., 2017; Schneider, Atkinson & Tardif, 2001). Estos niños también pueden tener mejores relaciones con sus hermanos, autoestima más positiva, un mayor sentido de la esperanza, una mayor confianza en las personas y en las relaciones, y un mayor optimismo sobre su futuro en comparación con los niños con estilos de apego inseguro. Por el contrario, los estilos de apego inseguro y desorganizado en la infancia se han asociado con índices elevados de trastornos emocionales, sociales y conductuales en el preescolar y en etapas más avanzadas de la vida (Berlin, 2008; Fearon et al., 2010; Granot & Mayseless, 2001; Madigan, Atkinson, Laurin & Benoit, 2013; Sroufe, 2005; Van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). En un estudio prospectivo de 30 años sobre bebés con estilos de apego inseguro a los 8 meses de edad, se descubrió que el apego inseguro está asociado con un mayor riesgo de problemas de salud mental más adelante en la edad adulta, a los 30 años (Fan et al., 2014). El apego desorganizado en la infancia se asocia con el mayor riesgo de dificultades sociales y cognitivas y psicopatología posteriores, ya que se encontró una relación entre el apego infantil desorganizado y los problemas de conducta en la infancia (Van Ijzendoorn et al., 1999), los problemas de externalización e internalización en los primeros años escolares, la agresión, el trastorno negativista desafiante (Fearon et al., 2010; Green & Goldwyn, 2002) y el trastorno de personalidad (Steele & Siever, 2010). En varios estudios, se descubrió que el apego desorganizado está significativamente correlacionado con la psicopatología en la adolescencia (Carlson et al., 1998), los síntomas del trastorno límite de la personalidad en la edad adulta (Carlson et al., 2009), la disociación (Lyons-Ruth, 2003) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Macdonald et al., 2008). [1]

\



Figura 5.2.4: Cuidador sostiene a un bebé. [5]

Lo ideal es que los cuidadores sean capaces de sintonizar con las señales del bebé, interpretar su significado y responder a ellas de forma contingente, coherente y competente, lo que se ha denominado crianza sensible (Ensink et al., 2016; Petch et al., 2012). Los cuidadores que proporcionan cuidados de esta manera permiten que el bebé desarrolle habilidades socioemocionales tempranas óptimas, relaciones seguras con el cuidador y capacidad cognitiva (The National Health and Medical Research Council, 2017).

Salud mental de bebés y niños pequeños: prevención e intervención temprana

Las investigaciones destacan la importancia de las experiencias de la infancia a lo largo de la vida, comenzando en la infancia y la niñez, y enfatizan la importancia de abordar los factores de riesgo temprano en la vida (Felitti et al., 1998; Jones, Nurius, Song & Fleming, 2018). El costo de los trastornos de salud mental para las personas y la sociedad exige una respuesta centrada en la inversión temprana, la promoción de la salud y la intervención precoz en un esfuerzo por influir positivamente en la salud futura (Jenkins et al., 2002). La Organización Mundial de la Salud ha afirmado que la prevención es el único enfoque sostenible para reducir la carga sanitaria asociada a los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2004). Está bien establecido que la detección temprana, la evaluación y la intervención de los problemas de salud mental en la infancia y en la niñez temprana son más exitosas y rentables que el tratamiento cuando los síntomas se agravan (Davis et al.., 2010; Huberty, 2012; The National Health and Medical Research Council, 2017). [1]

Este cambio de enfoque hacia la prevención de enfermedades mentales significa que debemos considerar la salud mental y el bienestar de los bebés, los niños pequeños y sus padres (Guy, Furber, Leach & Segal, 2016). Si bien el período de la infancia y la niñez son un momento en el que pueden desarrollarse dificultades de salud mental, también se trata de una etapa de desarrollo enormemente influyente con el potencial de modificar o prevenir estas mismas dificultades (Karevold, Røysamb, Ystrom & Mathiesen, 2009; Lewis et al., 2014; Moore et al., 2017). Como muchos trastornos pueden prevenirse mediante programas y servicios de alta calidad y apropiados para el desarrollo, cada vez se reconoce más que no basta con tratar los trastornos de salud mental a medida que surgen (Andrews & Wilkinson, 2002; Waddell et al., 2007). En cambio, las investigaciones sugieren que los esfuerzos deben centrarse en la prevención de las dificultades de salud mental antes de que surjan, en particular durante las primeras etapas de la vida, cuando hay una mayor capacidad para efectuar cambios (Bayer et al., 2010; Maldonado-Duran, Lartigue & Feintuch, 2000; The National Health and Medical Research Council, 2017). [1]

Para promover la salud mental óptima de los bebés y niños pequeños, los cuidadores pueden:

- Continuar su aprendizaje y mantenerse informados sobre la epidemiología (incidencia y posibles causas) de la salud mental en niños menores de tres años.
- Establecer relaciones seguras con los bebés y niños pequeños, centrándose en los niños que muestran signos tempranos de un apego inseguro.
- Participar en el cuidado sensible comprendiendo las señales únicas de cada niño, interpretando su significado y respondiendo a ellas de manera contingente, coherente y competente.
- Crear entornos físicos y sociales seguros donde los niños puedan practicar la regulación y la expresión de emociones.
- Compartir con las familias el conocimiento de las prácticas positivas de cuidado y la concienciación sobre la salud mental de los bebés y niños pequeños.

Referencias

[1] Izett et al., (2021). Prevention of mental health difficulties for children aged 0–3 years: A review. *Frontiers in Psychology, 2794*. CC by 4.0

Fuente de Figuras

[2] Imagen de Nina Hill en Unsplash.

[3] Imagen de Alexander Dummer en Unsplash.

[4] Imagen de Zachary Kadolph en Unsplash.

[5] Imagen de Katie Emslie en Unsplash.

5.2: La salud mental en la infancia y la niñez is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.3: Experiencias adversas en la infancia

Experiencias en la infancia

A lo largo de nuestra vida, desde la infancia hasta la edad adulta, es probable que tengamos experiencias adversas o desfavorables que tienen el potencial de frenar nuestro bienestar o desarrollo. Los tipos específicos de experiencias adversas que ocurren durante la infancia son especialmente preocupantes porque pueden disminuir la probabilidad de que los niños se desarrollen de manera óptima (Bethell, Simpson & Solloway, 2017; Shonkoff, 2010) al amenazar el desarrollo social, emocional y cognitivo positivo de los niños (Belsky, 1984; Bradley y Corwyn, 2002). Las experiencias adversas en la infancia, o ACE (Adverse Childhood Experiences), son eventos potencialmente traumáticos que ocurren en la infancia (de 0 a 17 años), como experimentar violencia, abuso o negligencia; ser testigo de violencia en el hogar; o tener un miembro de la familia que intenta suicidarse o se suicida (Felitti et al, 1998). [1] [2]



Figura 5.3.1: Los diez indicadores de ACE. ([1])

El índice de ACE (Anda et al. 2006; CDC, 2022; Felitti 1993) incluye los diez indicadores enumerados en la Figura 5.3.1. La mitad de los indicadores evalúan el maltrato infantil, como el abuso físico, sexual y emocional y la negligencia física y emocional. Los otros cinco indicadores son características del cuidador o del entorno del hogar. Por ejemplo, vivir con un miembro de la familia que tiene una enfermedad mental, problemas de consumo de drogas, antecedentes de encarcelamiento; vivir en un hogar con violencia doméstica o vivir en un hogar con padres que se han separado o divorciado. Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el 61 % de los adultos de veinticinco estados de EE. UU. han estado expuestos a una o más ACE y el 16 % han experimentado cuatro o más ACE. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (National Survey of Children's Health) sugieren que el 33.3 % de los niños de entre cero y 17 años en EE. UU. han sufrido al menos una adversidad familiar (Administración de Recursos y Servicios de Salud, 2019). [1] [2]

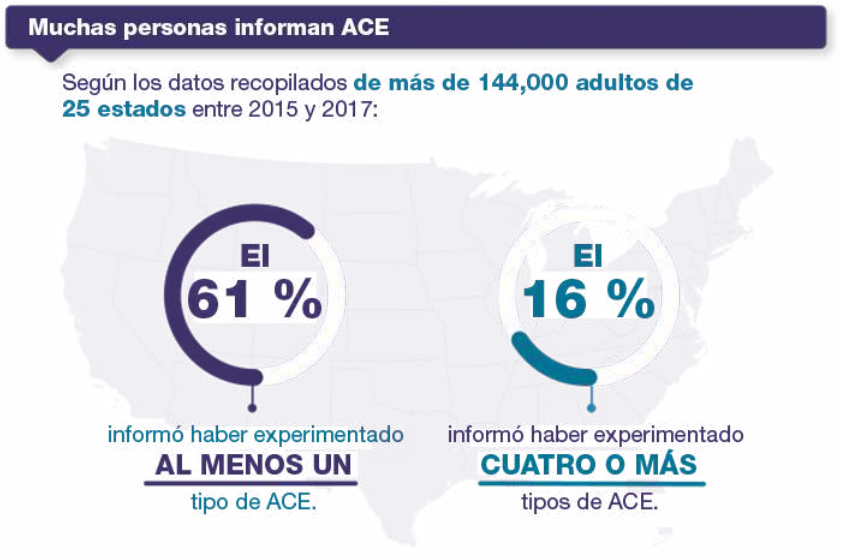


Figura \(\ PageIndex {2}\): Prevalencia de las ACE en EE. UU. ([6])

En el estudio sobre las ACE, se documentó un conjunto de acontecimientos específicos en la infancia que estaban relacionados con enfermedades crónicas e incluso con la mortalidad temprana en la edad adulta (Anda et al. 2006; Felitti et al. 1998; Oh et al., 2018). En el estudio sobre las ACE, se encontraron relaciones entre los resultados del desarrollo y la cantidad de ACE tempranas. A medida que aumentaba el número de ACE, también aumentaba la probabilidad de resultados menos óptimos. Anda et al. (2006) informaron que las personas con el mayor número de ACE experimentaron casi tres veces el número de resultados comórbidos en comparación con aquellas personas sin exposición a ACE. Desde entonces, con un creciente conjunto de investigaciones, se ha confirmado además que la adversidad en la infancia está asociada con las enfermedades crónicas y la muerte temprana (Brown et al., 2009; Campbell, Walker & Egede, 2016; Gilbert et al., 2015; Kalmakis & Chandler, 2015). [1] [7]

El Centro para el Bienestar de los Jóvenes (Center for Youth Wellness) analizó los datos de ACE específicos de California (Center for Youth Wellness, 2014). En California, el 61.7 % de los adultos han experimentado al menos una ACE y el 16.7 % han experimentado cuatro o más, muy similar a los promedios nacionales reportados por los CDC. Los tres tipos más comunes de ACE fueron el abuso emocional o el abuso verbal (34.9 %), la separación o el divorcio de los padres (26.7 %) y problemas de drogadicción por parte de un miembro del hogar (26.1 %). La prevalencia de las ACE difiere según el condado. El condado de Butte tuvo la mayor prevalencia de cuatro o más ACE con un 30.3 %, mientras que San Francisco tuvo la menor prevalencia de cuatro o más ACE con solamente un 9 %. Es importante destacar que las ACE se asociaron con los resultados de salud. Las personas con cuatro o más ACE tenían cinco veces más probabilidades de sufrir depresión y eran más propensas a fumar y beber en exceso.

Las ACE son una preocupación global con altos índices de prevalencia en todo el mundo. Aproximadamente el 61 % de las mujeres que viven en México informaron al menos una ACE y el 14 % informaron cuatro o más (Flores-Torres et al., 2020). En Malawi, el 72 % de los adolescentes (de 10 a 16 años) informaron cuatro o más ACE (Kidman, Piccolo & Kohler, 2020). Alrededor del 63.9 % de los adultos de Singapur han experimentado al menos una ACE (Subramaniam et al., 2020). En Canadá, el 61.6 % informó al menos una ACE y el 35.6 % al menos dos ACE (Joshi et al., 2021).



Figura 5.3.3: Cuidadora experimenta emociones negativas mientras sostiene a un bebé. ([8])

La concientización sobre las ACE y su potencial impacto negativo en la salud y en el bienestar de las personas es cada vez mayor. Por ejemplo, en 2019, en California, se nombró a la primera cirujana general, Nadine Burke Harris. La Dra. Burke Harris es pediatra y sus investigaciones e intereses incluyen las ACE como una de las principales preocupaciones (Harris, 2018). Nadine ayudó a crear la iniciativa *ACEs Aware* y su correspondiente sitio web, que ofrece información gratuita, formación y herramientas de detección de ACE



Figura 5.3.4: Nadine Burke Harris. ([9])

En la mayoría de las investigaciones sobre las ACE se les pide a los adultos que reflexionen sobre su infancia. Este enfoque es limitado porque muchos adultos no son capaces de recordar la mayoría de los acontecimientos que ocurren antes de los tres años de edad (Hayne, 2004). Como los tres primeros años son fundamentales para establecer una base sólida de salud y desarrollo, es importante conocer la prevalencia de las ACE en la vida de los bebés y niños pequeños.

La evidencia indica que muchos niños corren el riesgo de padecer ACE durante los tres primeros años. Mientras que la mayoría de los niños menores de tres años no han experimentado ninguna ACE, el 20 % ha experimentado una ACE y el 8 % ha experimentado dos o más ACE (Novoa & Morrissey, 2020). Los niños pequeños tenían el doble de probabilidades de experimentar al menos una ACE (11 %), en comparación con los bebés (5 %). Los bebés y niños pequeños de color experimentan de forma desproporcionada las ACE, especialmente las ACE múltiples. Por ejemplo, en comparación con sólo el 7 % de los niños blancos, el 15 % de los niños negros menores de tres años habían experimentado múltiples ACE. Había diferencias en el nivel de ACE que experimentaban los bebés y niños pequeños en todo EE. UU. Oregón y Oklahoma tenían el porcentaje más alto de niños que solamente habían experimentado una ACE, ambos con un 26 %, en comparación con Maryland, que tenía el porcentaje más bajo: un 15 %. En el caso de los niños que experimentan dos o más ACE, el porcentaje más alto fue en Oklahoma, con un 21 %, mientras que Maryland y Massachusetts tuvieron el porcentaje más bajo: ambos un 3 %. En California, el 23 % de los bebés y niños pequeños habían experimentado una ACE y el 5 % había experimentado dos o más ACE.

En un estudio, se examinaron las ACE en 2,361 niños pequeños de catorce meses al solicitar a los padres que completaran un cuestionario de ACE (McKelvey, Whiteside-Mansell, Zhang & Selig, 2020). Gracias a la información proporcionada se identificaron tres patrones diferentes. Uno de los patrones era el de los bebés expuestos a incidencias relativamente bajas de ACE (este grupo se denominó “ACE bajas”). También se identificaron dos grupos de mayor exposición a las ACE: un grupo de “ACE por maltrato de los padres”, que experimentó un nivel moderado de ACE generales, principalmente relacionadas con formas de maltrato, y un grupo de

“ACE por disfunción doméstica”, con las puntuaciones globales más altas de ACE que principalmente experimentaron múltiples formas de disfunción familiar y doméstica. [1]

En la Figura 5.3.5, se muestra la prevalencia de cada uno de los tres grupos para cada uno de los diez indicadores de ACE. El grupo ACE bajas muestra niveles relativamente bajos de exposición a ACE, con cierta elevación en la negligencia física (27 %) y en la separación de los padres (17 %). Por ejemplo, sólo el 1 % de este grupo presentó maltrato emocional, en comparación con el 37 % y el 14 % de los otros grupos. El grupo de ACE por maltrato de los padres tiene los niveles más altos de exposición a abuso emocional (37 %), abuso físico (23 %) y negligencia física (57 %), en comparación con las tasas del 1 %, 6 % y 27 % respectivamente en el grupo ACE bajas y del 14 %, 15 % y 42 % respectivamente en el grupo de ACE por disfunción del hogar. El grupo de ACE por disfunción del hogar tiene los niveles más altos de exposición a la separación de los padres (36 %), violencia doméstica (53 %), problemas de drogadicción (55 %), enfermedades mentales (48 %) y miembros de la familia encarcelados (68 %). [1]

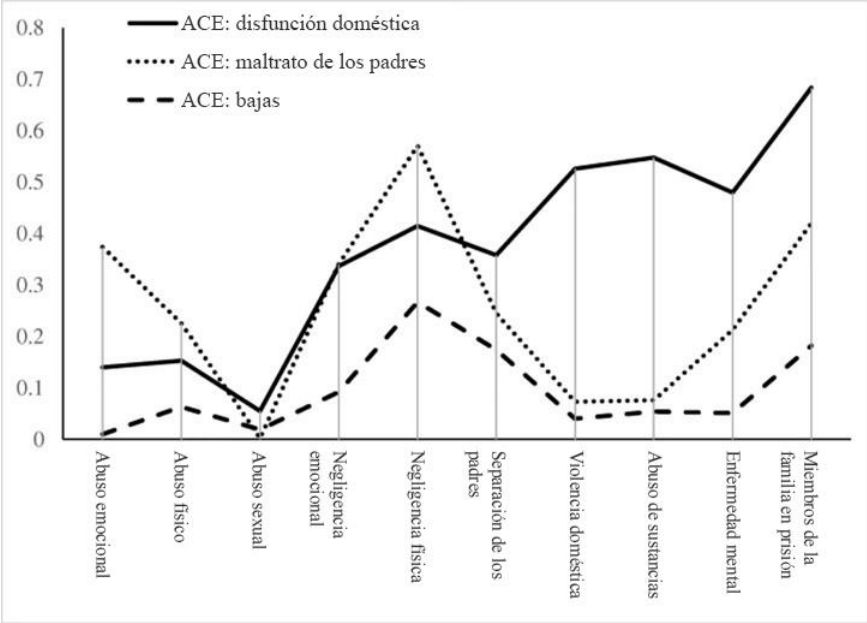


Figura 5.3.5: En la figura, se muestra la proporción de cada uno de los tres grupos que tiene cada una de las diez ACE. El primero de los tres grupos (ACE bajas, N = 1431; M = 0.84; SD = 0.77; 60.6 %) muestra niveles relativamente bajos de exposición a ACE con cierta elevación en la negligencia física (27 %) y la separación de los padres (17 %). Por ejemplo, sólo el 1 % de este grupo presentó maltrato emocional, en comparación con el 37 % y el 14 % de los otros grupos. El segundo grupo de exposición a las ACE (ACE por maltrato de los padres, N = 636; M = 2.91; SD = 1.06; 26.9 %) tiene los niveles más altos de exposición a abuso emocional (37 %), abuso físico (23 %) y negligencia física (57 %), en comparación con los índices del 1 %, 6 % y 27 % respectivamente en el grupo ACE bajas y del 14 %, 15 % y 42 % respectivamente en el grupo ACE por disfunción del hogar. El tercer grupo (ACE por disfunción del hogar, N = 294; M = 3.94; SD = 1.30; 12.5 %) tiene los niveles más altos de exposición a la separación de los padres (36 %), la violencia doméstica (53 %), los problemas de drogadicción (55 %), enfermedades mentales (48 %), y miembros de la familia encarcelados (68 %), en comparación con los índices del 17 %, 4 %, 5 %, 5 % y 18 % respectivamente en el grupo ACE bajas y del 25 %, 7 %, 8 %, 21 % y 42 % respectivamente en el grupo ACE por maltrato de los padres. [10]

Los grupos eran significativamente diferentes en cuanto al nivel de educación materna. Las madres con menor nivel de educación eran las que tenían más probabilidades de estar en el grupo de ACE por maltrato de los padres y las madres con mayor nivel de educación eran las que tenían más probabilidades de estar en el grupo de ACE por disfunción del hogar. Los grupos también diferían por raza, de tal manera que las madres negras tenían más probabilidades de estar en el grupo de ACE por maltrato de los padres y las madres hispanas tenían más probabilidades de estar en el grupo de ACE bajas en relación con otros grupos. En cuanto

a la edad materna, las madres de mayor edad estaban en el grupo de ACE bajas y las madres más jóvenes estaban en el grupo de ACE por maltrato de los padres. [1]

Si bien los resultados de la prevalencia de las ACE son sólidos, existen posibles debilidades en las herramientas utilizadas para recopilar los datos. Una de las preocupaciones es que cada uno de los riesgos de ACE se pondera por igual. Esto es preocupante porque algunos riesgos son más propensos que otros a predecir resultados negativos. Por ejemplo, las ACE incluyen el abuso sexual y el divorcio/separación de los padres. Ambas situaciones están asociadas a resultados menos óptimos, pero en las investigaciones se sugiere que el abuso sexual es un factor de predicción más sólido de resultados negativos en el desarrollo. Además, la respuesta al estrés ante una ACE puede variar entre las personas: no todos respondemos de la misma manera ante los acontecimientos adversos. Por lo tanto, para comprender realmente el posible impacto negativo que pueden tener las ACE, debemos entender la relación entre la adversidad y el estrés. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1]McKelvey et al., (2020). Adverse childhood experiences in infancy: a latent class approach exploring interrelatedness of risks.

[2] Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Dominio público.

[3] Image from the Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Dominio público.

[4] McKelvey et al., (2020). Adverse childhood experiences in infancy: a latent class approach exploring interrelatedness of risks.

Adversity and Resilience Science, 1-13. CC by 4.0

[5] "Preventing Adverse Childhood Experiences" de los CDC, es de dominio público.

[6] Imagen de Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Dominio público.

[7] Oh et al., (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics, 18*(1), 1-19. CC by 4.0

[8] Imagen de Sharon McCutcheon en Unsplash.

[9] Imagen de Christopher Michel en Wikipedia con licencia CC by 2.0

[10] Figura 1 de McKelvey et al., (2020) Adverse childhood experiences in infancy: a latent class approach exploring interrelatedness of risks. *Adversity and Resilience Science*, 1-13. CC by 4.0

5.3: Experiencias adversas en la infancia is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.4: Adversidad y estrés tóxico

Visión general de los impactos de la adversidad y del estrés tóxico

“Estrés” es un término comúnmente utilizado para describir la respuesta a las demandas que se encuentran a diario a lo largo de la vida, y está relacionado tanto con las experiencias positivas como con las negativas. Se denomina factores de estrés a los agentes que producen estrés. Los factores de estrés pueden ser físicos, emocionales, ambientales o teóricos, y todos ellos pueden afectar por igual la respuesta del organismo ante el estrés. La respuesta ante el estrés, también conocida como respuesta de “lucha o huida”, comprende los cambios fisiológicos que se producen al sentir estrés o estrés percibido (Cannon, 2013; Selye, 1976). Esta respuesta ante el estrés es el resultado de la estimulación del sistema nervioso simpático que da lugar a una cascada de respuestas inmuno-neuroendocrinas que incluyen un aumento de las respiraciones, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el consumo general de oxígeno (Chrousos & Gold, 1992; Dusek & Benson, 2009). Como se muestra en la Figura 6.4.1, el sistema nervioso simpático se compone de muchas vías que realizan diversas tareas en varios sistemas de órganos. El principal efecto final global del sistema nervioso simpático es preparar al cuerpo para la actividad física: una reacción corporal integral que afecta a muchos sistemas de órganos de todo el cuerpo (McCorry, 2007). En la mayoría de las situaciones, los cambios fisiológicos asociados a la respuesta ante el estrés son de corta duración, y el cuerpo vuelve a su estado habitual cuando se elimina el factor de estrés. [1] [2]



Figura 6.4.1. El sistema nervioso simpático. ([3])

Si bien cierto grado de estrés y adversidad es normal y forma parte esencial del desarrollo humano, la exposición a adversidades frecuentes y prolongadas, especialmente en ausencia de factores de protección, puede provocar estrés tóxico. El estrés tóxico infantil es una adversidad grave, prolongada o repetitiva con falta de atención o apoyo necesarios de un cuidador para prevenir una respuesta anormal ante el estrés (National Scientific Council on the Developing Child, 2014). Esta respuesta anormal ante el estrés consiste en un desajuste de la respuesta inmuno-neuroendocrina que da lugar a una activación prolongada del cortisol y a un estado inflamatorio persistente, con la incapacidad del organismo de normalizar estos cambios una vez que se elimina el factor estresante (Johnson, Riley, Granger & Riis, 2013; Wolf, Miller & Chen, 2008). Los niños que experimentan estrés tóxico en sus primeros años de vida corren el riesgo de sufrir efectos adversos para la salud a largo plazo que pueden no manifestarse hasta la edad adulta. Estos efectos adversos para la salud incluyen habilidades de afrontamiento mal adaptadas, mala gestión del estrés, estilos de vida poco saludables, problemas mentales, y enfermedades físicas (Boyce et al., 2021; Garner at al. 2012; Johnson, Riley, Granger & Riis, 2013). [4] [5]

Hay tres tipos generales de respuestas ante el estrés: [5]

Respuesta positiva ante el estrés. Se denomina respuesta positiva a la respuesta normal ante el estrés y es esencial para el crecimiento y el desarrollo de los niños. Las respuestas positivas ante el estrés son poco frecuentes, de corta duración y leves. Se apoya a los niños que experimentan eventos estresantes con fuertes amortiguadores sociales y emocionales, como la tranquilidad y la protección de los padres. Los niños ganan motivación y resiliencia con cada respuesta positiva ante el estrés, y las reacciones bioquímicas que se producen con dicho evento estresante vuelven a la normalidad (National Scientific Council on the Developing Child, 2014). Por ejemplo, conocer gente nueva o aprender a realizar una nueva tarea.

Respuesta tolerable ante el estrés. Las respuestas tolerables ante el estrés son más graves, frecuentes o sostenidas. El cuerpo responde en mayor medida en comparación con la respuesta positiva ante el estrés, y estas respuestas bioquímicas tienen el potencial de afectar negativamente la arquitectura del cerebro. Algunos ejemplos son el divorcio o la muerte de un ser querido. En

las respuestas tolerables ante el estrés, una vez que la adversidad ha pasado, el cerebro y los órganos pueden recuperarse completamente si los niños están protegidos con relaciones receptivas y un fuerte apoyo social y emocional. Por lo tanto, una característica importante de la respuesta tolerable ante el estrés es el papel de los cuidadores. Los riesgos de impacto psicológico a corto y largo plazo pueden reducirse si los niños tienen relaciones de protección que los ayuden a afrontar estos acontecimientos (Shonkoff & Levitt, 2010). [6]

Respuesta ante el estrés tóxico. El estrés tóxico provoca una activación prolongada de la respuesta ante el estrés, sin que el organismo se recupere plenamente. Se diferencia de una respuesta normal ante el estrés porque hay falta de apoyo, tranquilidad o apego emocional por parte del cuidador. El insuficiente apoyo del cuidador impide la amortiguación de la respuesta ante el estrés o el retorno del organismo a su estado habitual.

Ejemplos de estrés tóxico incluyen el abuso, el abandono, la pobreza extrema, la violencia, la disfunción del hogar y la escasez de alimentos. Los cuidadores con problemas de drogadicción o de salud mental también predisponen a los niños a una respuesta ante el estrés tóxico. La exposición a factores estresantes diarios, menos graves pero crónicos, también puede ser tóxica para los niños (Yates, 2007). Los factores de estrés tóxicos de los primeros años de vida aumentan la vulnerabilidad a resultados de salud mal adaptados, como un estilo de vida poco saludable, la desigualdad socioeconómica y la mala salud. Sin embargo, estos factores no son los únicos que predicen o determinan el comportamiento o la salud de un adulto (Odgers & Jaffee, 2013; Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009).

Referencias

[1] Franke (2014). Toxic stress: effects, prevention and treatment. *Children*, *1*(3), 390-402. CC by 4.0

[2] Alshak & Das (2021). Neuroanatomy, sympathetic nervous system. *StatPearls*. CC by 4.0

[3] Imagen de Alshak & Das (2021). Neuroanatomy, sympathetic nervous system. *StatPearls*. CC by 4.0

[4] Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Adverse childhood experiences prevention strategy*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

[5] Franke (2014). Toxic stress: effects, prevention and treatment. *Children*, *1*(3), 390-402. CC by 4.0

[2] Branco & Linhares (2018) The toxic stress and its impact on development in the Shonkoff's Ecobiodevelopmental Theoretical approach. *Estudos de Psicologia*, *35*, 89-98. CC by 4.0

5.4: Adversidad y estrés tóxico is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.5: Resiliencia

Concepto de resiliencia

La resiliencia es la capacidad de adaptarse adecuadamente a la adversidad a pesar de las condiciones. Es un concepto dinámico y desempeña un papel importante en la respuesta ante el estrés tóxico. No todas las personas que experimentan adversidades repetidas en la infancia padecen mala salud, y la resiliencia puede servir de amortiguador. Los factores de resiliencia son numerosos y cambian con el tiempo en una misma persona. Se ha identificado que los niños con resiliencia tienen las siguientes características: coeficiente intelectual más alto, temperamento tranquilo, percepción de autocompetencia, concepto positivo de sí mismos, sentido realista de control de la situación, empatía y habilidades de resolución de problemas sociales (Cadamuro et al., 2021; Cowen, Wyman & Work, 1996; Miller-Lewis et al., 2013; Zolkoski & Bullock, 2012). Los factores que predicen la resiliencia en los niños que experimentan adversidad incluyen una relación sólida entre el niño y los padres, así como una relación de alta calidad entre el niño y el maestro (Miller-Lewis et al., 2013). Otros factores de resiliencia identificados son el apoyo social adecuado, la calidad del matrimonio de los padres, la salud física y mental de los padres y la sensación de eficacia de los padres. Centrarse en las intervenciones en la primera infancia para reforzar los factores de resiliencia puede ayudar a minimizar la respuesta ante el estrés tóxico. [1]



Figura 5.5.1: Resiliencia. ([2])

La asistencia a la guardería puede ser un factor de protección contra las ACE tempranas. En el caso de los bebés y niños pequeños que tienen experiencias adversas, el hecho de ser cuidados por sus padres se asocia con menores capacidades cognitivas, pero la asistencia a guarderías durante los tres primeros años se asoció con mayores capacidades cognitivas (Larose et al., 2020). Para promover la resiliencia en todos los bebés y niños pequeños, y especialmente en aquellos que han experimentado las ACE, los cuidadores pueden:

- Crear vínculos seguros que proporcionen a los niños una sensación de dependencia y seguridad. Los niños con una conexión más fuerte con su cuidador tienen más probabilidades de tener mayores habilidades de autorregulación: componente clave de la resiliencia (Bethell et al., 2022).
- Aplicar las políticas del programa de atención a bebés y niños pequeños (Program for Infant and Toddler Care, PITC), como la atención primaria, la atención individualizada y la continuidad de la atención.
- Responder a las necesidades sociales y emocionales de los bebés y niños pequeños de forma respetuosa y sensible.
- Ayudar a los bebés y niños pequeños a aprender a regular sus propias emociones de forma positiva y segura. Las investigaciones han revelado que cuando los cuidadores ayudan a los niños a regular sus propias emociones, se promueve la resiliencia en los niños (Humphreys, King, Guyon-Harris & Zeanah, 2021).
- Etiquetar las emociones y discutirlas abiertamente con los niños.
- Proporcionar oportunidades seguras para que los niños corran riesgos, como relacionarse con gente nueva y desafíos físicos con equipos para escalar.

Referencias yFuente de Figuras

[1] Franke (2014). Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children, 1*(3), 390-402. CC by 4.0

[2] Imagen de Wokandapix en Pixabay.

5.5: Resiliencia is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.6: Atención con conocimiento de los traumas

Traumas y atención

El estrés tóxico, en general, está fuertemente vinculado a los malos resultados de salud a lo largo de la vida y la atención con conocimiento de los traumas es un enfoque para el cuidado basado en el reconocimiento de esta relación. Los cuidadores con conocimiento de los traumas se esfuerzan por comprender el comportamiento de los niños a la luz de los traumas previos que han experimentado, como las ACE. Por lo tanto, la atención con conocimiento de los traumas para bebés y niños pequeños comienza con el reconocimiento de la prevalencia y el impacto potencial que el estrés tóxico y las ACE pueden tener durante los primeros tres años.

Los cuidadores también proporcionan cuidados de apoyo que mejoran los sentimientos de seguridad de los niños para evitar que vuelvan a traumatizarse en una situación actual que pueda superar sus habilidades para afrontar esas situaciones. [1]

Entre los conceptos clave de la atención con conocimiento de los traumas aplicada a los bebés y niños pequeños se encuentran los siguientes: [1]

- comprender el impacto que el trauma puede tener en los bebés y niños pequeños, y que las reacciones a un trauma pasado pueden informar la respuesta actual de los niños ante una situación potencialmente traumática;
- reconocer los signos y síntomas de trauma en los bebés y niños pequeños y en el personal que los atiende; y
- resistir la retraumatización, para evitar que una situación que representa un estrés tolerable evolucione a un estrés tóxico (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014)



Figura 5.6.1: Seis principios orientativos para un enfoque basado en el trauma. ([2])

La adopción de un enfoque basado en el trauma no se logra mediante una técnica o una lista de verificación concreta. Requiere una atención constante, una conciencia cuidadosa, sensibilidad y, posiblemente, un cambio cultural a nivel organizativo. Un enfoque basado en el trauma refleja la adhesión a seis principios clave en lugar de un conjunto prescrito de prácticas o procedimientos. Los seis principios clave fundamentales de un enfoque basado en el trauma incluyen: [3] [4]

1. **Seguridad**. Los niños se sienten física y psicológicamente seguros. El entorno físico es seguro y las interacciones interpersonales que los bebés y niños pequeños tienen con los cuidadores fomentan su sensación de seguridad. Este principio sustenta la creencia de los expertos de que las relaciones positivas están en el centro del cuidado y la educación de bebés y niños pequeños (Lally & Mangione, 2017) y la importancia crítica de las políticas del programa, como el cuidado primario, la continuidad de la atención y los grupos pequeños, para establecer y fomentar esas relaciones positivas y seguras (De Schipper, Riksen-Walraven & Geurts, 2006; McMullen, 2018; Ogren & Johnson, 2021).
2. **Confiabilidad y transparencia**. Las operaciones organizativas y las prácticas en el aula se llevan a cabo con transparencia y con el objetivo de construir y mantener la confianza con los niños, las familias, entre el personal y otras personas involucradas en la organización. Con este principio, se hace hincapié en la comunicación abierta entre un programa de cuidado de niños y las familias inscritas acerca de las políticas y prácticas fundamentales, así como las rutinas diarias y las actualizaciones diarias sobre el estado de los niños.
3. **Apoyo entre pares**. El término “pares” refiere a personas que han vivido experiencias traumáticas o, en el caso de los bebés y niños pequeños, pueden ser miembros de la familia de los niños quienes han experimentado acontecimientos traumáticos. El apoyo entre pares es un vehículo clave para establecer seguridad y esperanza, crear confianza, mejorar la colaboración y utilizar sus historias y experiencias vividas para promover la recuperación y la curación. Este principio puede significar que un programa de cuidado infantil cree explícitamente una cultura de respeto y apoyo e invite a las familias de los niños inscritos y a los miembros de la comunidad, especialmente a aquellos con experiencias vividas de trauma, a un diálogo abierto sobre la mejor manera de apoyar a los niños y a las familias que han experimentado traumas.
4. **Colaboración y reciprocidad**. Se da importancia a la asociación con otras personas porque la curación se produce en las relaciones y en el reparto significativo del poder y la toma de decisiones. La organización reconoce que todos tienen un papel

que desempeñar en un enfoque basado en el trauma. Para que un programa de cuidado infantil esté más basado en el trauma, puede que sea necesario ponerse en contacto con otras organizaciones o personas para obtener información, asistencia y recursos. Organizaciones nacionales como la Asociación Nacional para la Educación de los Niños Pequeños (*National Association for the Education of Young Children*, NAEYC) y *Zero to Three* tienen información y recursos sobre la atención con conocimiento de los traumas, pero las organizaciones locales también pueden ser un gran recurso.

5. **Empoderamiento, voz y elección**. En toda la organización y en las familias a las que se atiende, se reconocen los puntos fuertes y las experiencias de los niños y se los aprovecha. La organización fomenta la creencia en la resiliencia y en la capacidad de los cuidadores y de las comunidades para sanar y promover la recuperación del trauma. Los programas de cuidado infantil pueden ofrecer formación específica sobre la salud mental de los bebés y niños pequeños y la atención con conocimiento de los traumas al hacer hincapié en el importante papel de las relaciones entre los cuidadores y los niños. El personal está capacitado para hacer su trabajo lo mejor posible con el apoyo organizativo adecuado. El personal también necesita sentirse seguro. También es necesario reconocer el trauma personal de los cuidadores y su posible impacto en los niños. En un estudio, se halló que el 73 % de los educadores de la primera infancia habían experimentado al menos una ACE, el 22 % había experimentado cuatro o más ACE y los educadores que informaron un mayor número de ACE contribuyeron a una menor puntuación del clima social y emocional en las aulas (Hubel et al., 2020).
6. **Cuestiones culturales, históricas y de género**. La organización supera activamente los estereotipos y prejuicios culturales (por ejemplo, basados en la raza, la etnia, la orientación sexual, la edad, la religión, la identidad de género, etc.); incorpora políticas, protocolos y procesos que responden a las necesidades raciales, étnicas y culturales de los niños y las familias y reconoce y aborda los traumas históricos. Este principio requiere que los programas de cuidado infantil tomen activamente medidas para reconocer la prevalencia del trauma y su papel en la prestación de atención con conocimiento de los traumas a los bebés y niños pequeños y sus familias, así como a los cuidadores y el personal empleados. Es necesario establecer y apoyar políticas y protocolos institucionales, así como prácticas y procesos cotidianos entre los niños, los cuidadores y las familias.

Referencias

[1] Sanders & Hall (2018). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness.

Journal of Perinatology, 38(1), 3-10. CC by NC SA 4.0

[2] 6 Guiding Principles from a trauma-informed approach de los CDC es de dominio público.

[3] “Infographic: 6 Guiding Principles To A Trauma-Informed Approach” de los CDC es de dominio público.

[4] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Publicación del HHS. Situado en el dominio público.

5.6: Atención con conocimiento de los traumas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.7: Conclusión

Conclusión sobre la salud mental de los bebés y niños pequeños

La alta prevalencia de las dificultades de salud mental y las experiencias adversas en la infancia, incluso en niños menores de tres años, son preocupaciones cada vez mayores. Sin embargo, los tres primeros años también son el momento óptimo para establecer una base social y emocional positiva y saludable en la vida de los niños. Por lo tanto, es fundamental que los cuidadores conozcan las investigaciones, los riesgos y las estrategias preventivas para apoyar mejor la salud mental de los bebés y los niños pequeños. Para abordar la salud mental de los bebés y niños pequeños, la atención con conocimiento de los traumas reconoce la prevalencia y el posible impacto del trauma y ofrece principios que los programas de cuidado infantil pueden esforzarse por aplicar. El paso más importante que podemos dar para fomentar la salud mental de los bebés y niños pequeños es crear relaciones positivas y seguras entre ellos y sus cuidadores.

5.7: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

5.8: Referencias

Abraham, M. M., & Kerns, K. A. (2013). Positive and negative emotions and coping as mediators of mother-child attachment and peer relationships. *Merrill-Palmer Quarterly, 59*(4), 399-425.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: Erlbaum.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*(3), 174-186.

Andrews, G., & Wilkinson, D. D. (2002). The prevention of mental disorders in young people. *Medical Journal of Australia, 177*, S97-S100.

Ashford, J., Smit, F., Van Lier, P. A., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2008). Early risk indicators of internalizing problems in late childhood: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(7), 774-780.

Balbernie, R. (2013). The importance of secure attachment for infant mental health. *Journal of Health Visiting, 1*(4), 210-217. Barlow, J., Sleed, M., & Midgley, N. (2021). Enhancing parental reflective functioning through early dyadic interventions: A systematic review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, 42*(1), 21-34.

Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Price, A., & Wake, M. (2008). Early childhood aetiology of mental health problems: A longitudinal population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(11), 1166-1174.

Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., & Wake, M. (2011). Translational research to prevent internalizing problems early in childhood. *Depression and Anxiety, 28*(1), 50-57.

Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27*(6), 542-559.

Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Lucas, N., Wake, M., Scalzo, K., & Nicholson, J. M. (2011). Risk factors for childhood mental health symptoms: National longitudinal study of Australian children. *Pediatrics, 128*(4), e865-e879.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 83-96.

Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health, 9*(8), 541-545.

Berlín, N. (2008). Tripartite therapy with older children: mutuality in the relationship of a parent–child attachment. *Journal of Child Psychotherapy, 34*(3), 335-363.

Bethell, C. D., Garner, A. S., Gombojav, N., Blackwell, C., Heller, L., & Mendelson, T. (2022). Social and relational health risks and common mental health problems among U.S. children: The mitigating role of family resilience and connection to promote positive socioemotional and school-related outcomes. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 31*(1), 45-70.

Bethell, C. D., Simpson, L. A., & Solloway, M. R. (2017). Child well-being and adverse childhood experiences in the United States. *Academic Pediatrics, 17*(7), S1-S3.

Bor, W., McGee, T. R., & Fagan, A. A. (2004). Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: An Australian longitudinal study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(5), 365-372.

Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology, 18*(2), 517-550.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. Nueva York, NY: Basic Books.

Boyce, W. T., Levitt, P., Martinez, F. D., McEwen, B. S., & Shonkoff, J. P. (2021). Genes, environments, and time: The biology of adversity and resilience. *Pediatrics, 147*(2).

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 371-399.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social- emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(7), 849-858.

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, *37*(5), 389-396.

Cadamuro, A., Birtel, M. D., Di Bernardo, G. A., Crapolicchio, E., Vezzali, L., & Drury, J. (2021). Resilience in children in the aftermath of disasters: A systematic review and a new perspective on individual, interpersonal, group, and intergroup level factors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *31*(3), 259-275.

Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, *50*(3), 344-352.

Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*, *8*, 14.

Cannon, W.B. (2013). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage, an account of recent researches into the function of emotional excitement*. Nueva York, NY: Hardpress Ltd.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, *69*(4), 1107-1128.

Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

CDC (15 de enero de 2022). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html.

Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*, *267*(9), 1244-1252.

Clinton, J., Feller, A. F., & Williams, R. C. (2016). The importance of infant mental health. *Paediatrics & Child Health*, *21*(5), 239-241.

Cook, F., Giallo, R., Hiscock, H., Mensah, F., Sánchez, K., & Reilly, S. (2019). Infant regulation and child mental health concerns: A longitudinal study. *Pediatrics*, *143*(3).

Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *14*(4), 631-648.

Cowen, E. L., Wyman, P. A., & Work, W. C. (1996). Resilience in highly stressed urban children: Concepts and findings. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *73*(2), 267.

Darling, J. C., Bamidis, P. D., Burberry, J., & Rudolf, M. C. (2020). The first thousand days: Early, integrated and evidence- based approaches to improving child health: Coming to a population near you? *Archives of Disease in Childhood*, *105*(9), 837-841.

Davis, E., Sawyer, M. G., Lo, S. K., Priest, N., & Wake, M. (2010). Socioeconomic risk factors for mental health problems in 4–5-year-old children: Australian population study. *Academic Pediatrics*, *10*(1), 41-47.

DeGangi, G. A., Breinbauer, C., Roosevelt, J. D., Porges, S., & Greenspan, S. (2000). Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Mental Health Journal*, *21*(3), 156-175.

De Schipper, E. J., Riksen-Walraven, J. M. & Geurts, S. A. (2006). Effects of child–caregiver ratio on the interactions between caregivers and children in child-care centers: An experimental study. *Child Development*, *77*(4), 861-874.

Dunst, C. J., Bruder, M. B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family capacity-building in early childhood intervention: Do context and setting matter? *School Community Journal*, *24*(1), 37-48.

Dusek, J. A., & Benson, H. (2009). Mind-body medicine: a model of the comparative clinical impact of the acute stress and relaxation responses. *Minnesota Medicine*, *92*(5), 47.

Dwyer, S. B., Nicholson, J. M., & Battistutta, D. (2003). Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(5), 699-711.

Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(3), 313-321.

Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3-4), 313-337.

Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A., & Fonagy, P. (2019). Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy, 24*(2), 210-227.

Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science, 48*(1), 9.

Fan, A. P., Buka, S. L., Kosik, R. O., Chen, Y. S., Wang, S. J., Su, T. P., & Eaton, W. W. (2014). Association between maternal behavior in infancy and adult mental health: A 30-year prospective study. *Comprehensive Psychiatry, 55*(2), 283-289.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development, 81*(2), 435-456.

Felitti, V. J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern Medical Journal, 86*(7), 732-736.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.

Flores-Torres, M. H., Comerford, E., Signorello, L., Grodstein, F., López-Ridaura, R., de Castro, F., Familiar, I., Ortiz-Panozoa, E. y Lajous, M. (2020). Impact of adverse childhood experiences on cardiovascular disease risk factors in adulthood among Mexican women. *Child Abuse & Neglect, 99*, 104175.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Mentalization, affective regulation and the development of the self*. Nueva York, NY: Other Press.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 201-218. Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679-700.

Garner, A. S. (2013). Home visiting and the biology of toxic stress: opportunities to address early childhood adversity. *Pediatrics, 132*, S65-S73.

Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood, D. L. & Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics, 129*(1), e224-e231.

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine, 48*(3), 345-349.

Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development, 25*(6), 530-541.

Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(7), 835-846.

Guild, D. J., Toth, S. L., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2017). Attachment security mediates the longitudinal association between child–parent psychotherapy and peer relations for toddlers of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 29*(2), 587-600.

Guy, S., Furber, G., Leach, M., & Segal, L. (2016). How many children in Australia are at risk of adult mental illness?*Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50*(12), 1146-1160.

Harris, N. B. (2018). *The deepest well: Healing the long-term effects of childhood adversity*. Houghton Mifflin Harcourt. Hayne, H. (2004). Infant memory development: Implications for childhood amnesia. *Developmental Review, 24*(1), 33-73. Health Resources and Services Administration. (2019). *National survey of children's health fact sheet.*

Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(7), 622-629.

Horwitz, S. M., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Landsverk, J., & Stein, R. E. (2013). Persistence of mental health problems in very young children investigated by US child welfare agencies. *Academic Pediatrics*, *13*(6), 524-530.

Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. Nueva York, NY: Springer.

Humphreys, K. L., King, L. S., Guyon-Harris, K. L., & Zeanah, C. H. (2021). Caregiver regulation: A modifiable target promoting resilience to early adverse experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

Jenkins, R., McCulloch, A., Friedli, L., & Parker, C. (2002). *Developing a national mental health policy*. East Sussex: Psychology Press.

Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A., & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, *131*(2), 319-327.

Jones, T. M., Nurius, P., Song, C., & Fleming, C. M. (2018). Modeling life course pathways from adverse childhood experiences to adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, *80*, 32-40.

Joshi, D., Raina, P., Tonmyr, L., MacMillan, H. L., & Gonzalez, A. (2021). Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years: A cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *CMAJ Open*, *9*(1), E158.

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *27*(8), 457-465.

Karevold, E., Røysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, *45*(4), 1051.

Keenan, K., Shaw, D., Delliquadri, E., Giovannelli, J., & Walsh, B. (1998). Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(6), 441-452.

Kelly, K., Slade, A., & Grienenberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 299-311.

Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent–child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Development Perspectives*, *8*(1), 12-17.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Guereje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Mora, M., Browne, M., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Tsang, C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatter, S., & Uestuen, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, *6*(3), 168.

Kidman, R., Piccolo, L. R., & Kohler, H. P. (2020). Adverse childhood experiences: Prevalence and association with adolescent health in Malawi. *American Journal of Preventive Medicine*, *58*(2), 285-293.

Lally, J. R., & Mangione, P. (2017). Caring relationships: The heart of early brain development. *YC Young Children*, *72*(2), 17-24.

Larose, M. P., Côté, S. M., Ouellet-Morin, I., Maughan, B., & Barker, E. D. (2021). Promoting better functioning among children exposed to high levels of family adversity: The protective role of childcare attendance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(6), 762-770.

Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K., & Gibbons, R. D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(12), 1246-1254.

Lewis, A. J., Galbally, M., Gannon, T., & Symeonides, C. (2014). Early life programming as a target for prevention of child and adolescent mental disorders. *BMC Medicine*, *12*(1), 1-15.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(12), 1468-1484.

Lyons-Ruth, K. (2015). Dissociation and the parent–infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Attachment*, *9*(3), 253-276.

Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., Paul, C., Keren, M., Berg, A., Foley, M., & Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *38*(6), 695-705.

MacDonald, H. Z., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyn, M., Woods, R. W., Cabral, H., Rose-Jacobs, R., Saxe, G. N., & Frank, D. A. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology*, *20*(2), 493-508.

Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, *49*(4), 672.

Maldonado-Durán, J. M., Lartigue, T., & Feintuch, M. (2000). Perinatal psychiatry: Infant mental health interventions during pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *64*(3), 317.

McCarty, C. A., Zimmerman, F. J., Digiuseppe, D. L., & Christakis, D. A. (2005). Parental emotional support and subsequent internalizing and externalizing problems among children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *26*(4), 267-275.

McCorry, L. K. (2007). Physiology of the autonomic nervous system. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *71*(4).

McKelvey, L. M., Conners Edge, N. A., Fitzgerald, S., Kraleti, S., & Whiteside-Mansell, L. (2017). Adverse childhood experiences: Screening and health in children from birth to age 5. *Families, Systems, & Health*, *35*(4), 420.

McKelvey, L. M., Whiteside-Mansell, L., Zhang, D., & Selig, J. P. (2020). Adverse childhood experiences in infancy: A latent class approach exploring interrelatedness of risks. *Adversity and Resilience Science*, 1-13.

McLuckie, A., Landers, A. L., Curran, J. A., Cann, R., Carrese, D. H., Nolan, A., Corrigan, K., & Carrey, N. J. (2019). A scoping review of mental health prevention and intervention initiatives for infants and preschoolers at risk for socio-emotional difficulties. *Systematic Reviews*, *8(1)*, *1-19*.

McMullen, M. B. (2018). The many benefits of continuity of care for infants, toddlers, families, and caregiving staff. *Young Children*, *73*(3), 38-39.

Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2017). Effects of early parenting interventions on parents and infants: A meta-analytic review. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(6), 1507-1526.

Miller-Lewis, L. R., Searle, A. K., Sawyer, M. G., Baghurst, P. A., & Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*(1), 1-23.

Miner, J. L., y Clarke-Stewart, K. A. (2008). Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: Relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. *Developmental Psychology*, *44*(3), 771.

Moore, T. G., Arefadib, N., Deery, A., West, S., & Keyes, M. (2017). The first thousand days: An evidence paper-summary. National Scientific Council on the Developing Child (2008). *Mental health problems in early childhood can impair learning and behavior for life. Working paper No. 6*. National Scientific Council on the Developing Child. Cambridge, MA: Harvard University.

National Scientific Council on the Developing Child (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working paper 3*. Edición actualizada http://www.developingchild.harvard.edu

Novoa, C. & Morrissey, T. (2020). *Adversity in early childhood: The role of policy in creating and addressing adverse childhood experiences*. Center for American Progress.

Odgers, C. L., & Jaffee, S. R. (2013). Routine versus catastrophic influences on the developing child. *Annual Review of Public Health*, *34*, 29-48.

Ogren, M., & Johnson, S. P. (2021). Primary caregiver emotional expressiveness relates to toddler emotion understanding. *Infant Behavior and Development*, *62*, 101508.

Oh, D. L., Jerman, P., Marques, S. S., Koita, K., Boparai, S. K. P., Harris, N. B., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, *18*(1), 1-19.

Parlakian, R., & Seibel, N. L. (2002). *Building strong foundations: Practical guidance for promoting the social-emotional development of infants and toddlers*. Zero to Three, 2000 M Street, NW, Suite 200, Washington, DC 20036-3307.

Petch, J. F., Halford, W. K., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2012). A randomized controlled trial of a couple relationship and co-parenting program (Couple CARE for Parents) for high-and low-risk new parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 662.

Postert, C., Averbeck-Holocher, M., Achtergarde, S., Müller, J. M., & Furniss, T. (2012). Regulatory disorders in early childhood: Correlates in child behavior, parent–child relationship, and parental mental health. *Infant Mental Health Journal*, *33*(2), 173-186.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology, 5*, 311-341.

Robinson, M., Oddy, W. H., Li, J., Kendall, G. E., De Klerk, N. H., Silburn, S. R., Zubrick, S. R., Newnham, J. P., Stanley, F. J., & Mattes, E. (2008). Pre-and postnatal influences on preschool mental health: A large-scale cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(10), 1118-1128.

Rosenblum, K. L., McDonough, S. C., Sameroff, A. J., & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal*, *29*(4), 362-376.

Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child–parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, *37*(1), 86.

Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, *115*(1), 53.

Shaw, D. S., Gilliom, M., Ingoldsby, E. M., & Nagin, D. S. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*, *39*(2), 189.

Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, *81*(1), 357-367.

Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, *301*(21), 2252-2259.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S.,The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232-e246.

Shonkoff, J. P., & Levitt, P. (2010). Neuroscience and the future of early childhood policy: Moving from why to what and how. *Neuron*, *67*(5), 689-691.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., CCC 2000 Study Team, Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age–the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(1), 62-70.

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298.

Slemming, K., Sørensen, M. J., Thomsen, P. H., Obel, C., Henriksen, T. B., & Linnet, K. M. (2010). The association between preschool behavioural problems and internalizing difficulties at age 10–12 years. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(10), 787-795.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, *7*(4), 349-367.

Stacks, A. M., Muzik, M., Wong, K., Beeghly, M., Huth-Bocks, A., Irwin, J. L., & Rosenblum, K. L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment & Human Development, 16*(5), 515-533.

Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene–environment considerations. *Current Psychiatry Reports*, *12*(1), 61-67.

Subramaniam, M., Abdin, E., Seow, E., Vaingankar, J. A., Shafie, S., Shahwan, S., Lim, M., Fung, D., Lyn, J., Verma, S. & Chong, S. A. (2020). Prevalence, socio-demographic correlates and associations of adverse childhood experiences with mental illnesses: results from the Singapore mental health study. *Child Abuse & Neglect*, *103*, 104447.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, M.D.

Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, *12*(6), 567-585.

Suveg, C., Southam-Gerow, M. A., Goodman, K. L., & Kendall, P. C. (2007). The role of emotion theory and research in child therapy development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *14*(4), 358.

The National Health and Medical Research Council (2017). *NHMRC report on the evidence: Promoting social and emotional development and wellbeing of infants in pregnancy and the first year of life*. Canberra: NHMRC.

Tomlinson, M., Bornstein, M. H., Marlow, M., & Swartz, L. (2014). Imbalances in the knowledge about infant mental health in rich and poor countries: Too little progress in bridging the gap. *Infant Mental Health Journal*, *35*(6), 624-629.

Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*(2), 225-250.

van Ravesteyn, L. M., Lambregtse-van den Berg, M. P., Hoogendijk, W. J., & Kamperman, A. M. (2017). Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLoS One*, *12*(3), e0173397.

Van Zeijl, J., Mesman, J., Stolk, M. N., Alink, L. R., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Koot, H. M. (2006). Terrible ones? Assessment of externalizing behaviors in infancy with the Child Behavior Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(8), 801-810.

von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental disorders in early childhood. *Deutsches Ärzteblatt International*, *112*(21-22), 375.

Waddell, C., Hua, J. M., Garland, O. M., Peters, R. D., & McEwan, K. (2007). Preventing mental disorders in children. *Canadian Journal of Public Health*, *98*(3), 166-173.

Warner, L. A., & Pottick, K. J. (2006). Functional impairment among preschoolers using mental health services. *Children and Youth Services Review*, *28*(5), 473-486.

Wlodarczyk, O., Pawils, S., Metzner, F., Kriston, L., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Risk and protective factors for mental health problems in preschool-aged children: cross-sectional results of the BELLA preschool study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*(1), 1-12.

Wolf, J. M., Miller, G. E., & Chen, E. (2008). Parent psychological states predict changes in inflammatory markers in children with asthma and healthy children. *Brain, Behavior, and Immunity*, *22*(4), 433-441.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Ginebra: World Health Organization.

Yates, T. M. (2007). The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*, *7*(2), 9-34.

Zero to Three (2012). *Making it happen: Overcoming barriers to providing infant-early childhood mental health.* Washington, DC: Zero to Three.

Zero to Three (2016). *DC0-5. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Zero to Three.

Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, *34*(12), 2295-2303.

5.8: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

6: Desarrollo de la motricidad

6.1: Introducción
6.2: Reflejos
6.3: Desarrollo del sentido del espacio peripersonal
6.4: Pikler y Gerber
6.5: Tendencias del desarrollo de la motricidad
6.6: Desarrollo de la motricidad gruesa y fina
6.7: Diferencias individuales- el papel de las prácticas culturales en el cuidado de los niños
6.8: Relación entre el desarrollo de la motricidad y otras áreas del desarrollo
6.9: Conclusión
6.10: Referencias

6: Desarrollo de la motricidad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.1: Introducción

Introducción al desarrollo de la motricidad

Es posible que el desarrollo de la motricidad no parezca en principio el tema más interesante, en especial si se lo compara con el desarrollo lingüístico y el cognitivo. De hecho, el desarrollo motor se ha considerado como la "Cenicienta de la ciencia del desarrollo": fundamental en las experiencias de la niñez, pero rara vez el centro de atención (Adolph et al., 2010; Rosenbaum, 2005). Antes, a principios del siglo XX, predominaba un enfoque madurativo de las habilidades motoras que sostenía principalmente que el desarrollo motor se produce mediante cambios biológicos predeterminados, con poca o ninguna influencia de los factores ambientales o cognitivos (Gesell & Amatruda, 1945). El aislamiento de las habilidades motrices llevó a que haya muy poca investigación centrada en el papel de estas habilidades en otros dominios del desarrollo. Sin embargo, en investigaciones recientes, se está adoptando la posibilidad de que haya interacciones entre dominios que dan lugar a cambios continuos en el desarrollo (Gibson, 1988; Masten & Cicchetti, 2010; Spencer et al., 2011; Thelen & Smith, 2006). Además, cuando se habla del desarrollo de la motricidad se habla más que de solo hitos: debido a que las personas que cuidan a los bebés pueden observar con facilidad el desarrollo motor, este deja ver el funcionamiento interno de la mente del bebé y presenta al niño a nuevas experiencias que enriquecen el crecimiento cognitivo y lingüístico. [1]

En esta sección, se hará una introducción al desarrollo motor temprano de los bebés y los niños pequeños, y se prestará especial atención a la importancia que tienen el entorno físico y las personas a cargo de su cuidado para garantizar y propiciar un desarrollo motor óptimo.

Referencias

[1] Gonzalez et al., (2019). Do gross and fine motor skills differentially contribute to language outcomes? A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2670

6.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.2: Reflejos

Los reflejos de los bebés

Antes de que los bebés produzcan movimientos voluntarios, tienen reflejos innatos. Los bebés nacen con una serie de reflejos que son movimientos involuntarios en respuesta a estímulos que controla el tronco cerebral. Entre ellos, se encuentran el reflejo de succión (succionan los objetos que tocan sus labios de forma automática), el reflejo de búsqueda (se vuelven hacia cualquier objeto que les toque la mejilla), el reflejo de prensión palmar que se muestra en la Figura 6.2.1 (agarran con fuerza cualquier objeto que se les ponga en la palma de la mano) y el reflejo de marcha automática (cuando se sostiene al bebé en una posición erguida, mueve los pies hacia arriba y hacia abajo alternativamente como si caminara). Estos movimientos se producen automáticamente y son señales de que el funcionamiento neurológico del bebé es correcto. [1]



Figura 6.2.1: El reflejo de prensión palmar en un bebé. ([2])

Durante los primeros meses de vida, estos reflejos se sustituyen por movimientos voluntarios. Por ejemplo, el reflejo de prensión palmar se desarrolla a las 28 semanas de gestación y desaparece a los 6 meses de edad (Schott & Rossor, 2003; Zafeiriou, 2004). El reflejo tónico asimétrico del cuello se da cuando se rota de forma manual de la cabeza del bebé hacia un lado. El bebé extenderá el brazo hacia el lado al que se giró la cabeza y flexionará el brazo del lado opuesto (observe la la imagen no. para ver una fotografía de este reflejo). El reflejo tónico asimétrico del cuello se desarrolla a las 35 semanas de gestación y desaparece a los 3 meses de edad (Zafeiriou, 2004). Estos reflejos innatos desaparecen en plazos predecibles y, si permanecen más tiempo, pueden ser una señal de alerta (Futagi, Toribe & Suzuki, 2012). Los niños con reflejos que persisten durante más tiempo de lo esperado presentan habilidades motoras inferiores, dificultades de aprendizaje en la escuela y se los asocia con síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder, ADHD) (Bilbilaj, Gjipali & Shkurti, 2017; Konicarova, Bob & Raboch, 2013; Pecuch et al., 2021). [1] [3]



Figura 6.2.1: El reflejo tónico asimétrico del cuello en un bebé de dos semanas. ([4])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Lifespan Development - Module 4: Infancy de las referencias de Lumen Learning Psyc 200 Lifespan Psychology de Laura Overstreet, tiene licencia CC BY 4.0

[2] Imagen de jarmoluk en Pixabay.

[3] Modrell & Tadi (2021). Primitive reflexes. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. CC by 4.0

[4] Imagen de Yan Ots en Unsplash.

6.2: Reflejos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.3: Desarrollo del sentido del espacio peripersonal

El espacio peripersonal

En los primeros meses, los bebés mueven las extremidades con frecuencia (primero debido a los reflejos y más tarde por iniciativa propia) y, al moverlas, entran en contacto con el cuerpo y con diversos objetos y personas de su entorno. Aunque estos primeros movimientos no parezcan importantes, en realidad son una forma en la que los bebés empiezan a aprender sobre sí mismos y sobre el mundo que los rodea.

Ser conscientes del cuerpo es un requisito primordial para nuestras interacciones con el mundo. Ser conscientes de nuestro cuerpo implica saber dónde se encuentran nuestras extremidades en el espacio y el tiempo, ser conscientes de la velocidad o de la distancia que pueden alcanzar nuestras extremidades, o incluso saber cuánto espacio ocupa nuestro cuerpo en el entorno. El espacio peripersonal se define como el espacio que rodea al cuerpo y en el que podemos alcanzar entidades externas, como objetos u otras personas, o en el que las entidades pueden alcanzarnos. Conocer los límites y la extensión de nuestro espacio peripersonal es fundamental para desenvolvernos en el mundo social y físico, y para situarnos y orientarnos en las actividades cotidianas. [1] [2]



Figura 6.3.1: Un bebé explorando su espacio peripersonal. ([3])

Al tocar su cuerpo y las zonas circundantes, los bebés reciben información sobre su postura, sobre cualquier cambio en la posición de las extremidades y sobre el contacto con su cuerpo o con otras superficies, lo que les permite conocer sus extremidades y su rango de movimiento, y comprender su espacio peripersonal. Estos movimientos intencionales, ya que los bebés mueven las extremidades de forma voluntaria, sientan las bases para el comportamiento exploratorio y construyen una comprensión básica de la representación del cuerpo y del mundo (Hoffmann, 2017). Cuando se tocan el cuerpo, particularmente, obtienen información sobre la postura de las extremidades en el espacio, la parte de la extremidad que entra en contacto con el cuerpo y la zona del cuerpo que se toca (Rochat & Hespos, 1997). [1]

En las investigaciones que se ha estudiado a los bebés pequeños que exploran el espacio peripersonal por medio del tacto, se ha descubierto que los bebés producen unos 200 contactos en su cuerpo y la superficie circundante en un período de 10 minutos y tocan hasta 18 zonas diferentes, sobre todo en la parte superior del cuerpo y en el suelo (DiMercurio, Connell, Clark & Corbetta, 2018). Además, los bebés pasaron casi la mitad de ese tiempo moviendo los brazos en el aire y yendo de un lugar de contacto a otro. En la Figura 6.3.2, se ve la frecuencia de los toques en varias zonas del cuerpo y la superficie circundante de un bebé. Los puntos azules representan los contactos que el bebé hizo con la mano derecha, y los puntos rojos, los contactos que hizo con la mano izquierda. Estos contactos son esenciales para desarrollar una consciencia temprana del cuerpo y para descubrir los límites del espacio peripersonal en el que tendrán lugar las futuras acciones intencionadas. De hecho, en otras investigaciones se ha descubierto que un mayor movimiento de los brazos en los bebés pequeños está relacionado con mayores incrementos en las capacidades lingüísticas y cognitivas (Shida-Tokeshi et al., 2018). En conjunto, estas investigaciones indican que los bebés son exploradores activos de su espacio peripersonal y que estas experiencias sensomotoras, tempranas y voluntarias constituyen la base fundamental a partir de la cual las conductas motoras futuras y el conocimiento del mundo se desarrollan. [1]

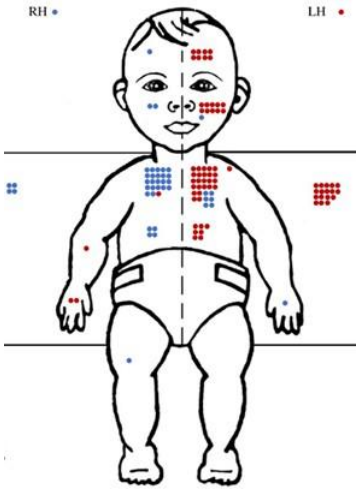


Figura 6.3.2: Frecuencia de toques por zona en un bebé. ([4])

Para facilitar la exploración del espacio peripersonal, los bebés necesitan tiempo y espacio para moverse con libertad y explorar con sus extremidades. Las personas encargadas del cuidado del bebé pueden asegurarse de que pasen mucho tiempo echados cómodamente, en el suelo y boca arriba para favorecer el movimiento de las extremidades. Los bebés pequeños también necesitan un lugar en donde no haya objetos de juego amontonados todo el tiempo o que se los coloque con frecuencia en un gimnasio de actividades. Además, los columpios para bebés, las sillas para coche y muchos otros aparatos limitan el movimiento de las extremidades y, por lo tanto, restringen la exploración del espacio peripersonal. Para mover libremente las extremidades, los bebés deben tener ropa que les permita estirarse lo más que puedan (en comparación con la ropa o mantas para envolverlos que reducen el movimiento de las extremidades). Al saber sobre la importancia de que los bebés exploren su espacio peripersonal, las personas a cargo de cuidarlos deben ser conscientes de que es crucial brindarles el tiempo y el espacio necesarios para que muevan las extremidades mientras aprenden a conocer su cuerpo y la superficie que les rodea.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] DiMercurio et al., (2018). A naturalistic observation of spontaneous touches to the body and environment in the first 2 months of life. *Frontiers in Psychology, 9,* 2613. CC by 4.0

[2] Rabellino et al., (2020). Peripersonal space and bodily self-consciousness: Implications for psychological trauma-related disorders. *Frontiers in Neuroscience, 14,* 1256. CC by 4.0

[3] Imagen de Alex Bodini en Unsplash.

[4] Imagen adaptada de DiMercurio et al., (2018). A naturalistic observation of spontaneous touches to the body and environment inmthe first 2 months of life. *Frontiers in Psychology, 9,* 2613. CC by 4.0

6.3: Desarrollo del sentido del espacio peripersonal is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.4: Pikler y Gerber

Emmi Pikler y Magda Gerber

La investigación sobre la importancia del espacio peripersonal respalda algunos de los métodos que Emmi Pikler y Magda Gerber pregonaron. Sin embargo, la influencia que tuvieron en el campo de la educación infantil va mucho más allá y sigue orientando las prácticas actuales en el cuidado y en el desarrollo de bebés y niños pequeños, en especial el desarrollo motor.

Pikler nació en 1902 y pasó su primera infancia en Viena. Obtuvo un título en medicina en 1927 y se convirtió en pediatra. Más adelante, en 1946, fundó el Instituto Pikler en Budapest, que dirigió hasta 1979. Pikler creía que se debía acostar a los bebés de espaldas hasta que pudieran moverse por sí mismos en diferentes posiciones. Al estar de espaldas, Pikler sostenía que los bebés aprenden sobre su cuerpo y cómo moverlo mientras se estiran, se doblan y se tocan al jugar con diversos movimientos (González-Mena, 2014). Cabe destacar que la motivación interna para moverse causa los movimientos de un bebé. Pikler aconsejó a las personas a cargo de bebés que no los pusieran boca abajo hasta que ellos mismos se pusieran en esa posición (Tardos, 2010). Sus observaciones y años de trabajo con los niños son el fundamento de su creencia en la necesidad de dar a los niños la libertad de moverse por sí mismos. [1]

Aunque el trabajo de Pikler aporta varios principios de los que aprender, (Chahin & Tardos, 2017; González-Mena, Chahin & Briley, 2005; Tardos, 2010) a continuación, se mencionan cuatro principios básicos: [2]

- Respeto profundo por los niños y su individualidad, al reconocerlos como personas con derechos y no como objetos.
- Fomento de la actividad autónoma del niño, según sus propias iniciativas.
- La importancia del vínculo entre el niño y la persona adulta que lo cuida, con base en una relación respetuosa y afectiva en los lindos momentos del cuidado.
- Respeto por la libertad de movimiento del niño para jugar y explorar su espacio peripersonal y su entorno.



Figura 6.4.1: Emmi Pikler. ([3])

Magda Gerber nació en Budapest (Hungría) en 1910. Gerber se inspiró en Pikler y obtuvo un Máster en Educación Infantil en Budapest y en 1945 comenzó a trabajar con Pikler en el Instituto Pikler. Con el tiempo, Pikler se convirtió en mentora de Gerber y se hicieron amigas. En 1978, Gerber y Thomas Forrest cofundaron la organización sin fines de lucro Resources for Infant Educarers (RIE) en Los Ángeles con el objetivo de promover su trabajo con las familias y los profesionales del cuidado de niños. En RIE, Gerber les enseñó a las personas encargadas del cuidado de bebés y niños pequeños a observarlos mientras jugaban, y un mediador mostraba cómo y cuándo intervenir. [4]

Los siguientes son los principios básicos del enfoque de RIE (Gerber & Johnson, 1998): [4]

- Confianza primordial en que el niño es un iniciador, un explorador y un autodidacta.
- Un entorno para el niño que sea seguro a nivel físico, que lo estimule a nivel cognitivo y que lo enriquezca a nivel emocional. Tiempo para que juegue sin interrupciones.
- Libertad para explorar e interactuar con otros bebés.
- Participación del niño en todas las actividades de cuidado para que sea un participante activo y no un receptor pasivo. Observación sensible del niño para comprender sus necesidades.
- Constancia y límites y expect ativas claramente definidos para desarrollar la disciplina.

La misión de RIE es mejorar la vida de los bebés y los niños pequeños mediante el cuidado con respeto. Gerber creía que los bebés y los niños pequeños son seres completos y competentes desde su nacimiento y se los debe tratar como tales. Gerber escribió: “No solo respetamos a los bebés, sino que también demostramos nuestro respeto cada vez que interactuamos con ellos. Respetar a un niño implica tratar incluso al bebé más pequeño como un ser humano único, no como un objeto” (Gerber, 2002). [4]

Cuando reflexione sobre las ideas y los principios de Pikler y Gerber, tenga en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con sus ideas y principios?
- ¿De qué forma sus ideas y principios objetan los consejos y las prácticas habituales de cuidado sobre apoyar el desarrollo motor de los bebés y los niños pequeños?

En su experiencia de trabajar con bebés y niños pequeños, ¿ha visto cómo se ponen en práctica sus ideas y principios?

- ¿Qué significa respetar a un bebé y a un niño pequeño?
- ¿Qué beneficios y dificultades podrían experimentar las personas a cargo de cuidarlos y los programas de cuidado grupal al poner en práctica sus ideas y principios?

Referencias y Fuente de Figuras

[1] “Emmi Pikler” en Wikipedia tiene licencia CC by SA 4.0.

[2] Dalledone & Coutinho (2020). As contribuições da abordagem Pikler-Lóczy para a constituição de uma pedagogia para os bebês:

Uma análise dos princípios orientadores. *Zero-a-seis*, *22*(41), 47-72. CC by 4.0

[3] Foto de Lucia Vichi con licencia CC by SA 4.0.

[4] “Magda Gerber” en Wikipedia tiene licencia CC by SA 4.0.

6.4: Pikler y Gerber is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.5: Tendencias del desarrollo de la motricidad

Tendencias

El cuerpo de los bebés y los niños pequeños presenta tendencias de crecimiento comunes, y estas tendencias están relacionadas con el desarrollo de la motricidad. Hay dos tendencias importantes: la cefalocaudal y la proximodistal. La tendencia cefalocaudal reconoce una tendencia de crecimiento de arriba abajo. Por ejemplo, los bebés pueden utilizar las extremidades superiores antes que las inferiores. La tendencia proximodistal, en cambio, reconoce el crecimiento desde el centro del cuerpo hacia fuera. Por ejemplo, los bebés utilizan los brazos antes de poder utilizar los dedos de forma eficaz.



Figura 6.5.1: El bebé utiliza los pies para interactuar con un libro. ([1])

Los recursos sobre el desarrollo de bebés y niños pequeños suelen cometer el error de referirse a las tendencias cefalocaudales y proximodistales como principios (González-Mena, 2014). La razón por la que son tendencias y no principios es porque solo describen lo que suele ocurrir (una tendencia), ya que no todos los bebés manifiestan un desarrollo motor que siga exactamente estas tendencias. Por ejemplo, en las investigaciones se ha demostrado que algunos bebés alcanzarán objetos e interactuarán con ellos con los pies antes de ser capaces de hacerlo con las manos (Galloway & Thelen, 2004; Heathcock & Galloway, 2009), lo que no sigue la tendencia cefalocaudal. En la Figura no., se puede ver un bebé que utiliza los pies para interactuar con un libro mientras un cuidador se lo lee. [2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by NC 4.0.

[2] “Cephalocaudal trend” de Wikipedia con licencia CC by SA 4.0.

6.5: Tendencias del desarrollo de la motricidad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.6: Desarrollo de la motricidad gruesa y fina

Dos tipos de desarrollo motor

Las habilidades motoras suelen dividirse, en líneas generales, en habilidades de motricidad gruesa y de motricidad fina. La motricidad gruesa hace referencia a las habilidades que implican movimientos de los músculos grandes, como sentarse, gatear o caminar de forma independiente. La motricidad fina hace referencia al uso de los músculos más pequeños, como los que se utilizan para agarrar y manipular objetos, o dibujar. [1]



Figura 6.6.1: Bebé en posición sentada. ([2])

Hitos del desarrollo motor

Los bebés y los niños pequeños aprenden permanentemente sobre el mundo a medida que lo experimentan y se relacionan con él de forma activa durante los primeros tres años de vida. El término hitos se refiere a lo que la mayoría de los niños pueden hacer a determinadas edades; sin embargo, es importante recordar que los niños no logran estos hitos a exactamente la misma edad. Los hitos solo suponen la edad promedio a la que se logran. El hecho de que un niño no haya alcanzado ciertos hitos a una edad determinada no supone necesariamente que presente un retraso o una discapacidad; sin embargo, hay edades concretas en las que, si no se logran ciertos hitos, las personas a cargo de su cuidado deben recomendar a los padres del niño que se comuniquen con su pediatra de cabecera. A continuación, se presenta una tabla con algunos de los hitos de la motricidad que suelen lograr los bebés y los niños pequeños.

Table 6.6.1: Edad Lo que la mayoría de los niños pueden hacer a esa edad

Edad Lo que la mayoría de los niños pueden hacer a esa edad [3]	Hitos de la motricidad
2 meses	• Pueden sostener la cabeza y empezar a empujar hacia arriba cuando están acostados boca abajo. • Pueden realizar movimientos más suaves con los brazos y las piernas.

4 meses	• Pueden mantener la cabeza firme sin apoyo. • Pueden empujar hacia abajo con las piernas cuando los pies están sobre una superficie dura. • Pueden darse la vuelta y pasar de estar boca abajo a boca arriba. • Pueden sostener un juguete y agitarlo, y mover los juguetes que cuelgan. • Pueden llevar las manos a la boca.
6 meses	Pueden rodar en ambas direcciones (de boca abajo a boca arriba y de boca arriba a boca abajo). • Comienzan a sentarse sin apoyo. • Cuando están de pie, sostienen su peso en las piernas y pueden rebotar hacia arriba y hacia abajo. • En posición de gateo, pueden balancearse hacia delante y hacia atrás, y a veces gatear hacia atrás antes de avanzar.
9 meses	• Pueden ponerse en posición sentada. • Pueden sentarse sin apoyo. • Pueden levantarse y ponerse de pie. • Pueden gatear.
12 meses	• Pueden ponerse en posición sentada sin ayuda. • Pueden ponerse de pie y caminar sujetándose a los muebles (“cruising”). • Pueden dar algunos pasos sin sujetarse de nada. • Pueden mantenerse
18 meses	• Pueden caminar de forma independiente. • Pueden subir escalones y correr. • Pueden tirar de los juguetes mientras caminan. • Pueden ayudar a vestirlos y a desvestirlos. • Pueden beber de una taza. • Pueden comer con una cuchara.
24 meses	• Pueden ponerse de puntillas. • Pueden patear una pelota. • Empiezan a correr. • Pueden subirse y bajarse de los muebles sin ayuda. • Pueden subir y bajar las escaleras mientras se sostienen. • Pueden lanzar una pelota por encima de la cabeza. • Cuando dibujan, pueden hacer o copiar líneas rectas y círculos.
36 meses	• Corren con facilidad. • Pueden pedalear un triciclo (bicicleta de tres ruedas). • Pueden subir y bajar las escaleras con un pie en cada escalón.

Preocupaciones del desarrollo motor

En el gráfico anterior, se presentan las medias de cuando los bebés y los niños pequeños alcanzan diversos hitos del desarrollo de la motricidad. ¿Qué pasa con los niños que no logran estos hitos a las edades indicadas? Si bien es cierto que los niños pueden adquirir distintas capacidades en distintos momentos, si la adquisición de determinados hitos se retrasa demasiado, puede ser un motivo de preocupación. La información que se expone en la Figura 6.6.2 proviene del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC). El gráfico adopta una postura proactiva: se debe actuar pronto cuando se observan problemas del desarrollo, en lugar de esperar a ver si el niño “se pone al día”. De nuevo, aunque los niños se

desarrollan a su propio ritmo, es primordial ser proactivo durante estos primeros años críticos (Morgan et al., 2021; Noritz et al., 2013). En el siguiente gráfico, se mencionan los hitos que, si los niños no logran a determinadas edades, quienes los cuidan deben recomendar a los padres que se comuniquen con su pediatra de cabecera. La mayoría de las personas a cargo del cuidado de bebés y niños pequeños no tienen la formación profesional para evaluar oficialmente las capacidades del desarrollo de los niños; sin embargo, tienen la capacidad de seguir el progreso del desarrollo y suelen ser las primeras personas en notar si hay algún problema del desarrollo.

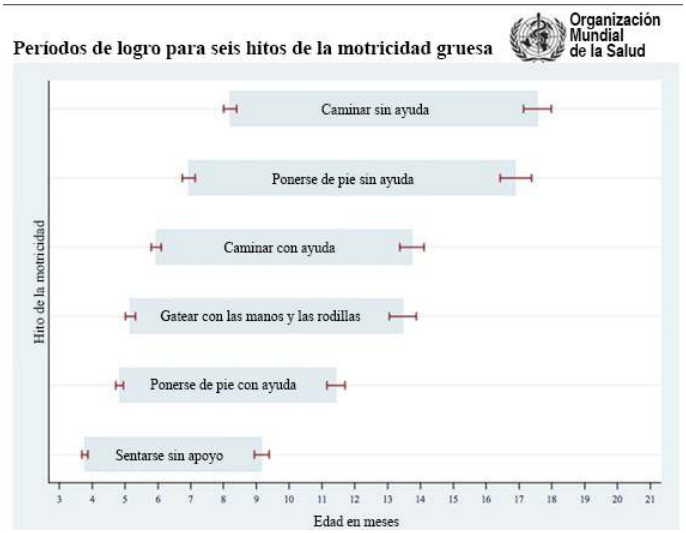


Figura 6.6.2: Períodos de logro en meses para seis hitos de la motricidad gruesa. El gráfico tiene como base la investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, & de Onis, 2006). Presenta períodos de logro para seis hitos del desarrollo motor grueso en función de bebés y niños pequeños de cinco países: Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos. Los seis hitos del gráfico son sentarse sin apoyo, ponerse de pie con ayuda, gatear con las manos y las rodillas, caminar con ayuda, ponerse de pie solo y caminar solo. ([4])

De acuerdo con la investigación, las siguientes son algunas conclusiones que vale la pena destacar:

- En general, estos hitos se suelen alcanzar en un cierto orden. En primer lugar, los niños son capaces de sentarse sin apoyo, luego logran ponerse de pie con ayuda, seguido de caminar con ayuda, lo que deriva en ponerse de pie sin ayuda y, por último, caminar sin ayuda.
- El único hito que no siempre siguió el orden general fue gatear con las manos y las rodillas. A veces, los niños gateaban con las manos y las rodillas antes de poder ponerse de pie con ayuda.
- El 4.3 % de los bebés ni siquiera gatearon con las manos y las rodillas: se saltaron este hito y comenzaron directamente a caminar. Los períodos de logro se superponen: se puede ver claramente en la Figura 6.6.2. El inicio de los períodos de logro para cada hito no comienza cerca del final del período del hito anterior, sino que comienza cerca del inicio del período de hito anterior. Esta superposición pone de manifiesto la gran variabilidad de la edad de los bebés y niños pequeños al lograr estos hitos.
- La duración de cada período de hitos varía según las habilidades motoras. Los períodos para los hitos de caminar solo y estar de pie solo son los más largos, lo que indica que estas dos habilidades tienen la mayor variabilidad en la edad de logro. Por ejemplo, algunos niños comenzaron a caminar solos aproximadamente a los 8 meses, mientras que otros no lograron este hito hasta después de los 17 meses. Por otro lado, los períodos de logro para sentarse sin apoyo y ponerse de pie con ayuda son los períodos más cortos, lo que indica que estas dos habilidades tienen la menor variabilidad en la edad de logro.

Limitaciones del gráfico de hitos del desarrollo motor

Aunque los gráficos de hitos del desarrollo de la motricidad gruesa son importantes, no captan los complejos desarrollos que conducen a la consecución de hitos específicos. Piense, por ejemplo, en el proceso para poder sentarse de forma independiente. La capacidad de mantener el equilibrio en la postura sentada surge de manera gradual entre los dos y los nueve meses de edad (Butler et al., 2010). Cuando los bebés tienen entre cinco y seis meses, son capaces de sentarse en una posición de trípode o sentarse de forma independiente durante períodos cortos (Shumway-Cook & Woollacott, 2003). A los seis meses, la movilidad de la articulación de la cadera aumenta, lo que permite que los muslos se apoyen en la superficie de contacto y que el bebé sea capaz de sentarse con las piernas en posición de anillo (Bly, 1994), es decir, flexionadas de forma simétrica, sustraídas con rotación externa de caderas y

rodillas flexionadas. Entre los ocho y los nueve meses, los músculos del tronco y la pelvis estabilizan la posición de sentado, lo que permite al bebé limitar la base de apoyo para sentarse de forma independiente y equilibrada (Harbourne, Lobo, Karst & Galloway, 2013; van der Fits et al., 1999). Después de ser capaces de sentarse por su cuenta, los bebés aprenden a realizar una acción coordinada entre las extremidades superiores, el tronco y las extremidades inferiores, ya que son capaces de utilizar la parte inferior del cuerpo para equilibrarse mientras tocan con las extremidades superiores (Rochat & Goubet, 1995). Por lo tanto, a diferencia de los gráficos de los hitos que solo muestran que el bebé se sentará, sentarse sin apoyo es un proceso que tarda muchos meses y que implica una interacción compleja entre varios músculos que se preparan para el logro final de sentarse. [5]



Figura 6.6.3: Bebé en postura sentada. ([6])

Otra limitación de los hitos del desarrollo motor es que transmiten la idea de que una vez que un bebé logra un hito motriz, como caminar, lo ha logrado íntegramente. La realidad es que el desarrollo motor conlleva numerosas rachas de éxitos y fracasos con la capacidad de cada hito. Un bebé que camina eficazmente una vez, puede caerse en el siguiente intento. Karen Adolph y sus colegas (2012) han documentado la cantidad de pasos y caídas que tienen los niños pequeños cuando aprenden a caminar. Los niños de 12 a 18 meses tienen una media de 2,368 pasos en solo una hora y cubren una distancia de 701 m, ¡la longitud de casi 8 campos de fútbol! Estas cifras son solo en una hora. Si las multiplicamos por la cantidad total de horas que los niños pequeños están despiertos es aún más sorprendente. En seis horas, un niño pequeño podría acumular unos 14,000 pasos en total y cubrir la distancia de 46 campos de fútbol. Si bien estos bebés son claramente capaces de caminar, aún se caen. De hecho, un niño pequeño promedio se cayó 17 veces cada hora, y un niño pequeño llegó a caerse 69 veces en una hora.



Figura 6.6.4: Un cuidador ayudando a una bebé que está aprendiendo a caminar. ([7])

Todos los días, los bebés practican diversas habilidades motoras y posturas corporales. Por ejemplo, en la Figura 6.6.5, se pueden observar los distintos comportamientos motores y posturas corporales de un bebé de diez meses. Aunque pasó la mayor parte del tiempo en postura de sentado (40.5 %), el bebé practicaba constantemente otras posiciones y alternaba con frecuencia entre ellas.

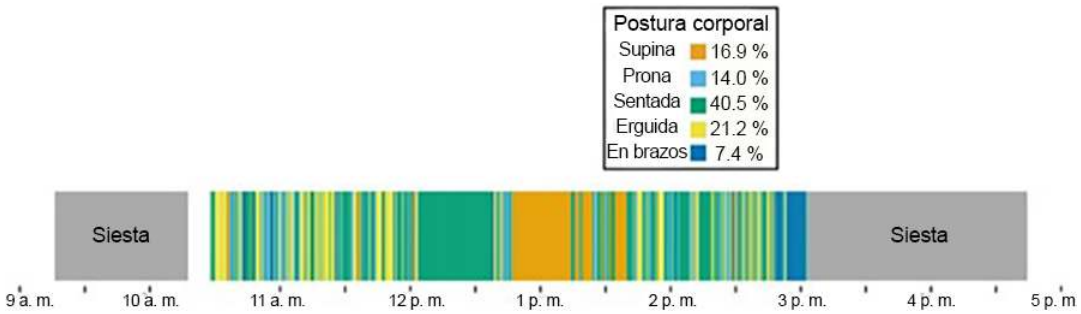


Figura 6.6.5: Frecuencia de las posturas corporales que un bebé de diez meses tiene en un día. ([8])

Desarrollo de la motricidad gruesa

En el proceso del desarrollo de la motricidad gruesa, la primera manera de desplazarse que suelen adquirir los bebés es el gateo. Existen diferentes tipos de gateo en los bebés (observe la Figura 6.6.6 para ver unos ejemplos), como el gateo sobre el vientre y el gateo con las manos y las rodillas (Patrick, Noah & Yang, 2012). Al gatear sobre el vientre, los bebés se desplazan arrastrando el cuerpo por el suelo sobre el abdomen. En el gateo con las manos y las rodillas, los bebés se mueven levantando el abdomen con los brazos y las rodillas. Algunos bebés gatean tanto sobre el vientre como con las manos y las rodillas, otros solo con las manos y las rodillas (Kalmar, 2017). En estudios anteriores, se ha explorado una relación entre el gateo sobre el vientre y el gateo con las manos y las rodillas: los bebés que primero gateaban sobre el vientre mostraban un mayor dominio del gateo con las manos y las rodillas que los que se saltearon el período de gateo sobre el vientre (Adolph, Vereijken & Denny, 1998). Los bebés que pasan más tiempo despiertos en posición prona (con el abdomen en el suelo, por ejemplo, durante el tiempo boca abajo) logran gatear con las manos y las rodillas antes (Davis, Moon, Sachs & Ottolini, 1998). [9]

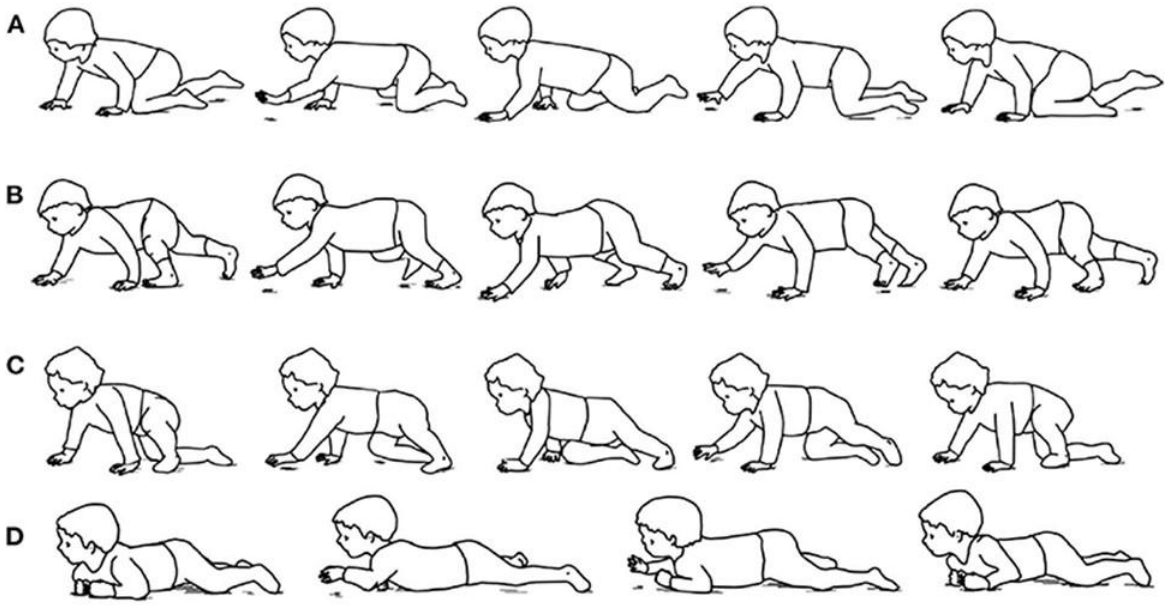


Figura 6.6.6: Ejemplos de varias formas de gateo en bebés. (A) Gateo con las manos y las rodillas. (B) Gateo con las manos y los pies. (C) Mezcla de paso y gateo, utilizando el pie y la rodilla derecha. (D) Gateo sobre vientre ([10]).

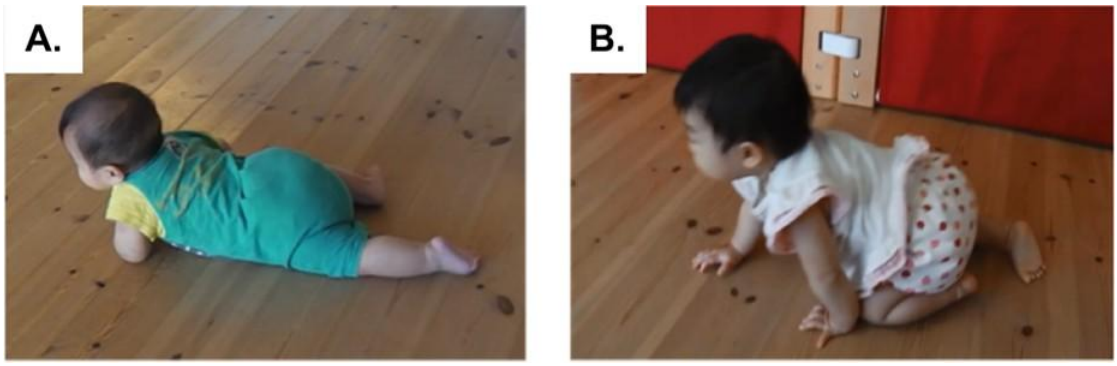


Figura 6.6.7: Un bebé gateando sobre el vientre (A.) y un bebé gateando con las manos y las rodillas (B.). ([11])

Tiempo boca abajo

El tiempo boca abajo se refiere a los momentos en que la persona que cuida al bebé lo coloca sobre el estómago mientras está despierto, y alguien lo observa. El tiempo boca abajo no solo es una manera importante de evitar la formación de partes planas en la cabeza del bebé, sino que también es un elemento importante del crecimiento normal del bebé. De hecho, el tiempo boca abajo se relaciona de manera positiva con el desarrollo general de la motricidad gruesa (Buchanan et al., 2021; Carson et al., 2022; Hewitt et al., 2020). El tiempo boca abajo es importante particularmente para los bebés que corren el riesgo de sufrir retrasos motores o que tienen una discapacidad relacionada con la motricidad (Uzark et al., 2021; Wentz, 2017). Aunque muchos profesionales y organizaciones respetadas apoyan el tiempo boca abajo, existen argumentos en contra de esta práctica (consulte Gerber & Johnson, 1998). [1]



Figura 6.6.8: Un bebé durante el tiempo boca abajo. ([13])

El tiempo boca abajo es importante por muchas razones. A continuación, se mencionan algunas:**[12]**

- Ayuda a evitar la formación de partes planas en la parte posterior de la cabeza del bebé.
- Fortalece los músculos del cuello y los hombros para que los bebés puedan empezar a sentarse, gatear y caminar.
-
- Mejora las habilidades motoras del bebé.

Hacer dos o tres sesiones de tiempo boca abajo todos los días durante un período corto (de tres a cinco minutos) es beneficioso para los bebés. A medida que crecen y demuestran que disfrutan del tiempo boca abajo, las sesiones pueden ser más largas. A medida que los bebés crecen, pasar más tiempo boca abajo los ayuda a fortalecerse para sentarse, darse la vuelta, gatear y caminar. **[12]**

Consejos para el tiempo boca abajo **[12]**

Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a que el tiempo boca abajo sea más agradable:

Extienda una manta en una zona despejada del suelo para colocar al bebé boca abajo.

- Pruebe realizar sesiones breves de tiempo boca abajo después de cambiarle los pañales o después de que el bebé se despierte de una siesta.
- Ponga un juguete o varios al alcance del bebé durante el tiempo boca abajo para que aprenda a jugar e interactuar con su entorno. Haga que una persona adulta esté en el campo visual del bebé durante el tiempo boca abajo para incentivar la

interacción y fortalecer el vínculo.

- A medida que el bebé crece, las sesiones de tiempo boca abajo pueden durar más tiempo y pueden hacerse con más frecuencia a lo largo del día.

Desarrollo de la motricidad gruesa: potencialidades de la postura

Las posturas –las configuraciones particulares del cuerpo y de las extremidades que se utilizan en cualquier momento– intermedian el desarrollo motor de manera significativa (Rochat & Bullinger, 1994). Por ejemplo, la adquisición de una nueva postura brinda una perspectiva única por la que los bebés pueden ver el mundo a medida que acumulan un abanico de posibilidades motoras para moverse e interactuar físicamente con el entorno (Adolph, 2008; Thurman & Corbetta, 2019). [14]

Según el nivel de habilidad motora y de la postura, las interacciones físicas con los objetos pueden verse facilitadas o limitadas. Por ejemplo, cuando los bebés están sentados, tienen las manos libres, lo que les permite manipular y explorar con las manos los objetos de forma sofisticada (Lobo & Galloway, 2013; Lobo et al., 2014; Rochat, 1989; Soska & Adolph, 2014; Soska, Adolph & Johnson, 2010). Sin embargo, cuando están en posición prona (acostados boca abajo), los bebés deben usar una mano para levantar el torso del suelo y usar la otra para alcanzar un objeto, lo que reduce en gran medida los límites de sus acciones (Rocha & Tudella, 2008). En los bebés de más edad, las posiciones de gateo y de marcha tienen diferentes potencialidades. Los bebés que gatean son menos propensos a llevar objetos que los que caminan (Karasik et al., 2012). En comparación, las manos de los bebés que caminan tienen libertad para interactuar con los objetos de forma compleja, y el cambio de postura da lugar a un nuevo campo visual para seguir explorando. Por lo tanto, cada postura ofrece potencialidades exclusivas sobre cómo usar el cuerpo (Adolph, 2008). En la Figura 6.6.9, se ve a un niño que sostiene un objeto con una mano y utiliza la otra para mantener el equilibrio. ¿De qué manera la postura actual de gateo del bebé permite y restringe la forma en que este puede explorar el objeto? Si el bebé pasara a estar de pie o a caminar, ¿cómo cambiarían las potencialidades y las restricciones? [14]



Figura 6.6.9: Bebé sostiene un objeto con una mano mientras utiliza la otra para mantener el equilibrio. ([15])

Las posturas también pueden alterar la estabilidad del cuerpo, la demanda de recursos de atención y lo que se puede percibir en el entorno (Franchak, Kretch & Adolph, 2018; Kretch, Franchak & Adolph, 2014). Ciertas posturas y su estabilidad relativa pueden incluso afectar el uso de las extremidades y las manos. Por ejemplo, la transición de estar sentado a gatear y de gatear a caminar afecta la forma en que los bebés utilizan los brazos para alcanzar y recoger objetos (Corbetta & Bojczyk, 2002; Corbetta & Thelen, 2002). Las posturas inestables suelen requerir un mayor esfuerzo de los bebés para mantener el equilibrio, como cuando se necesitan las manos para agarrarse a las superficies al caminar sujetándose de los muebles (Berger, Chan & Adolph, 2014), o cuando es posible que se necesiten las manos para equilibrar el cuerpo cuando aún se está aprendiendo la nueva habilidad motora de estar de pie (Ledebt, 2000). Cuando las manos se usan para mantener el equilibrio, es menos probable que se usen para sostener y explorar objetos. [14]

Por lo tanto, con la investigación se ha demostrado que la progresión postural y el control postural pueden influir en las experiencias de los bebés con los objetos, las personas y su entorno general. La ampliación del repertorio de habilidades posturales de los bebés, a medida que adquieren habilidades locomotoras, repercute en sus conductas de manipulación y en las actividades interactivas con los objetos de su entorno. [14]

Desarrollo de la motricidad gruesa: potencialidades del entorno

Piense en el entorno físico en el que vive: cómo los muebles influyen en el lugar; la forma en que la gente se pone de pie y se sienta; dónde se come; la postura y la disposición de la gente cuando se relaciona; cómo los objetos, como televisores, ventanas o chimeneas influyen en la estructura y la posición de los muebles, lo que da lugar a cómo y dónde se sientan y orientan las personas

en la habitación, etc. De la misma forma en la que el entorno físico es importante para analizar cómo se sientan, se ponen de pie y se mueven las personas adultas en un espacio, el entorno físico de los bebés y los niños pequeños ofrece diversas posibilidades de movimiento físico.



Figura 6.6.10: Un bebé utilizando una estructura para apoyarse mientras está de pie. ([16])

La teoría de la potencialidad (Gibson, 1950; 2014) representa un importante marco teórico para analizar el papel del entorno en el apoyo y del fomento del desarrollo físico de los bebés y los niños pequeños. En esta teoría, se cree que el entorno físico ofrece o permite al niño posibilidades y acciones. Por ende, cabe suponer que las características y los rasgos del entorno interior inciden en el desarrollo de la motricidad gruesa de los niños. Las potencialidades del entorno físico constituyen lo que el entorno ofrece al niño. Por ejemplo, las potencialidades de un aula para niños pequeños son el tamaño físico del aula, los juguetes y los materiales disponibles, la cantidad de compañeros con quienes podrían jugar, y las personas que preparan el entorno de juego, garantizan su seguridad general, gestionan el funcionamiento diario e interactúan con los niños. [17] [18]



Figura 6.6.11: Estructura para apoyar el desarrollo de la motricidad gruesa dentro de un aula para niños pequeños. ([1])

Volvamos a ver el gráfico de los períodos de logro de la motricidad gruesa para seis hitos de la motricidad gruesa (Figura 6.6.12). Los seis hitos del gráfico son sentarse sin apoyo, ponerse de pie con ayuda, gatear con las manos y las rodillas, caminar con ayuda, ponerse de pie solo y caminar solo.

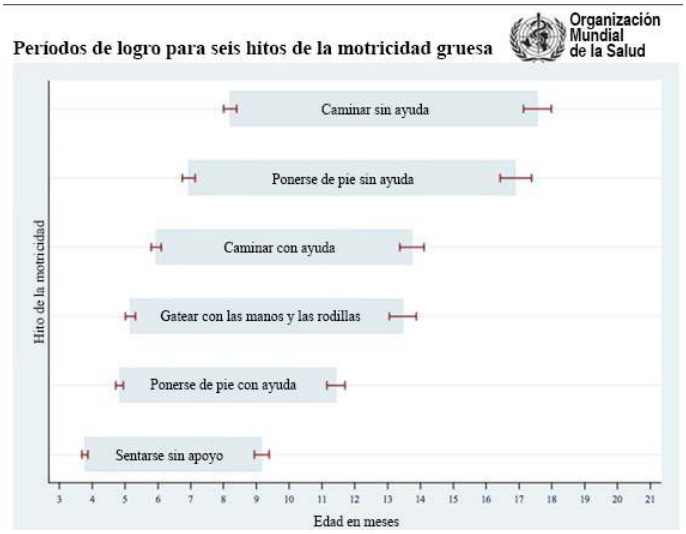


Figura 6.6.12: Períodos de logro en meses para seis hitos de la motricidad gruesa. Sentarse sin apoyo entre los 3.8 y los 9.4; pararse con ayuda entre los 4.8 y los 11.7 ; gatear con las manos y las rodillas entre los 5.2 y los 13.9; caminar con ayuda entre los 6.0 y los 14.1; pararse solo entre los 6.9 y los 17.4; caminar solo entre los 8.2 y los 18.0. ([20])

Para cada hito, ¿cómo podría el entorno físico apoyar y estimular al bebé o al niño pequeño a medida que avanza hacia la consecución de un hito específico? Por ejemplo, considere el hito de pararse con ayuda, ¿qué importancia podría tener el entorno? Dado que el niño aún no es capaz de ponerse de pie por su cuenta, aprovecha las estructuras del entorno que le brindan ayuda para pararse y mantenerse erguido. Por lo tanto, son importantes las estructuras que le permiten al niño agarrarse y levantarse, así como las estructuras que puede utilizar como apoyo para permanecer de pie. Cuando en un entorno hay estructuras a baja altura, el progreso del niño hacia la consecución de este hito se ve favorecido. Si en un entorno solo hay estructuras altas construidas para personas adultas, las posibilidades motrices y de movimiento para un niño son más limitadas.

Quienes cuidan al bebé deben tener en cuenta cómo los entornos interiores y exteriores ofrecen a los bebés y niños pequeños la oportunidad de practicar y desafiar sus habilidades motoras actuales de forma segura. A medida que las personas encargadas de su cuidado observan y reflexionan sobre el progreso del desarrollo motor de los bebés y niños pequeños, deben tener en cuenta de qué forma modificar el entorno para seguir apoyando y estimulando el desarrollo motor. Por ejemplo, en el caso de los bebés que pueden pararse con apoyo, quienes los cuidan deben asegurarse de que haya estructuras que puedan utilizarse para ayudar a los bebés a levantarse y a ofrecerles un apoyo continuo a una altura adecuada. En el exterior, ¿el equipo de juegos es apropiado para la edad y

propicio para el desarrollo de la motricidad gruesa? En la Figura 6.6.13, se pueden ver dos ángulos de la misma estructura de juego pensada para los niños pequeños. Teniendo en cuenta su construcción, ¿qué elementos pueden favorecer la progresión del desarrollo de la motricidad gruesa de los niños? Aunque es posible que algunas partes de la estructura resulten difíciles para algunos niños, ¿qué elementos se han incorporado para ayudarlos a medida que mejoran su motricidad gruesa?



Figura 6.6.13: Estructura en el exterior que favorece el desarrollo de la motricidad gruesa de los niños pequeños. ([21])

Desarrollo de la motricidad fina

La motricidad fina implica movimientos más exactos de las manos, los dedos, los pies y los dedos de los pies. Si bien las habilidades de la motricidad fina se desarrollan más lento (de acuerdo con la tendencia proximodistal), durante los primeros dos años se genera un progreso extraordinario en el desarrollo de la motricidad fina. En tan solo los primeros años de vida, los niños pasan de no tener un control intencionado de la motricidad fina a ser capaces de manipular objetos para jugar y aprender, además de empezar a cuidarse a sí mismos. [22]

Al igual que con los hitos de la motricidad gruesa, existen desarrollos complejos que conducen a la consecución de hitos específicos de la motricidad fina. Piense, por ejemplo, en el hito de la motricidad fina de agarrar un objeto. Al alcanzar un objeto, que podría percibirse como una acción relativamente sencilla, participa una compleja compilación de habilidades menores que trabajan juntas de forma sincronizada. Lograr alcanzar un estímulo, ya sea que esté situado en el cuerpo o en el espacio exterior, suele implicar la coordinación de dos sistemas de acción diferentes como mínimo: alcanzar y agarrar (Jeannerod, 1996). El alcance efectivo requiere que las personas no solo extiendan las manos hacia la ubicación de un objeto, sino que también abran y orienten la mano para prepararse para agarrar el objeto específico. Desde el punto de vista del desarrollo, las investigaciones señalan que el sistema de alcance se desarrolla antes de la prensión (Piaget, 1952; Bruner, 1973), lo que refleja una secuencia proximodistal en el desarrollo de la prensión (Lockman & Ashmead, 1983). Por ejemplo, antes de los cuatro meses, los bebés desarrollan la capacidad de extender la mano hacia el lugar donde se encuentra un objeto (Bruner & Koslowski, 1972; Piaget, 1952), pero durante este período la mano suele estar en un puño cuando entra en contacto con el objeto. Sin embargo, a los cuatro meses, los bebés empiezan a abrir la mano antes de entrar en contacto con el objeto. Del mismo modo, en lo que respecta a tocarse a sí mismos, los contactos con la mano cerrada prevalecen en los primeros dos o tres meses, y los contactos con la mano abierta comienzan a aumentar con frecuencia entre los tres y los cinco meses (Thomas, Karl & Whishaw, 2015). [23]

Incluso luego de que los bebés logren tener la capacidad de alcanzar y agarrar un objeto, este hito se desarrolla aún más. La cinética del alcance mejora a medida que los bebés de seis meses desarrollan una trayectoria recta del brazo acompañada de menos movimientos (Von Hofsten, 1991). Durante esta fase del desarrollo del alcance, hay muchos factores que afectan la trayectoria del brazo; sin embargo, el desarrollo del control postural para mantener la estabilidad durante el alcance es uno de los más significativos (Bertenthal & Von Hofsten, 1998). Debido a que el alcance requiere “la participación de todo el cuerpo” (Rochat & Goubet, 1995), su consecución depende en gran medida de la postura. Aproximadamente a los tres meses, cuando las extensiones de los brazos se sustituyen por alcances orientados a un objetivo, pero no se domina la posición erguida, el alcance del bebé es mejor si recibe apoyo externo. A medida que los bebés adquieren la capacidad de sentarse de forma independiente, los alcances se vuelven más coordinados y pueden utilizar el cuerpo para mantener el equilibrio mientras extienden los brazos hacia fuera. [24]



Figura 6.6.14: Bebé de nueve meses utilizando la prensión en pinza. ([25])

Desarrollo de la prensión

El desarrollo de la prensión es una parte importante del desarrollo de la motricidad fina. A medida que los bebés y los niños pequeños crecen, pasan por diferentes tipos de prensión. Los bebés nacen con un reflejo de prensión palmar. Es una respuesta refleja involuntaria presente en los recién nacidos, pero que comienza a aparecer alrededor de las 16 semanas de gestación (Sherer, 1993). Para provocar el reflejo, el cuidador puede utilizar el dedo para acariciar la palma del bebé. El reflejo de prensión palmar consta de dos fases: el cierre de los dedos y el aferrado. Los dedos del bebé se flexionan para encerrar el dedo de quien examina y la presión ejercida sobre la palma de la mano produce una tracción sobre los tendones de los dedos, lo que provoca la acción de aferrarse. El pulgar no interviene en este reflejo. El reflejo de prensión palmar suele desaparecer a los seis meses de edad, lo que indica una maduración del cerebro sana, y es sustituido por el desarrollo de la prensión voluntaria (Schott & Rossor, 2003). Es probable que el reflejo de prensión palmar sirve para crear un patrón motor básico que sienta las bases para obtener la capacidad de prensión posterior. Además, entabla una interacción y un vínculo entre el bebé y el cuidador. [26]

El reflejo de prensión palmar se sustituye por la prensión dígito palmar, que es un “movimiento torpe en el que los dedos del bebé se cierran contra la palma” (Berk & Meyers, 2016). La prensión dígito palmar suele desarrollarse en torno a los tres o cuatro meses de edad y aumenta la capacidad de los bebés para explorar objetos. A medida que los bebés aprenden a sentarse de forma independiente, las manos se liberan para explorar objetos; por lo tanto, alrededor de los cuatro o cinco meses, los bebés son capaces de transferir objetos de una mano a otra. La prensión en pinza se da cuando el dedo índice y el pulgar se unen para apretar y agarrar un objeto. Los bebés suelen ser capaces de realizar una prensión en pinza entre los nueve y los diez meses (Sgandurra et al., 2012). A medida que la capacidad de agarre cambia, los bebés son capaces de interactuar con diferentes objetos y de nuevas maneras. Por ejemplo, con la prensión cubital dígito palmar, los bebés solo pueden sujetar objetos grandes, mientras que, con la prensión en pinza, pueden recoger objetos más pequeños.

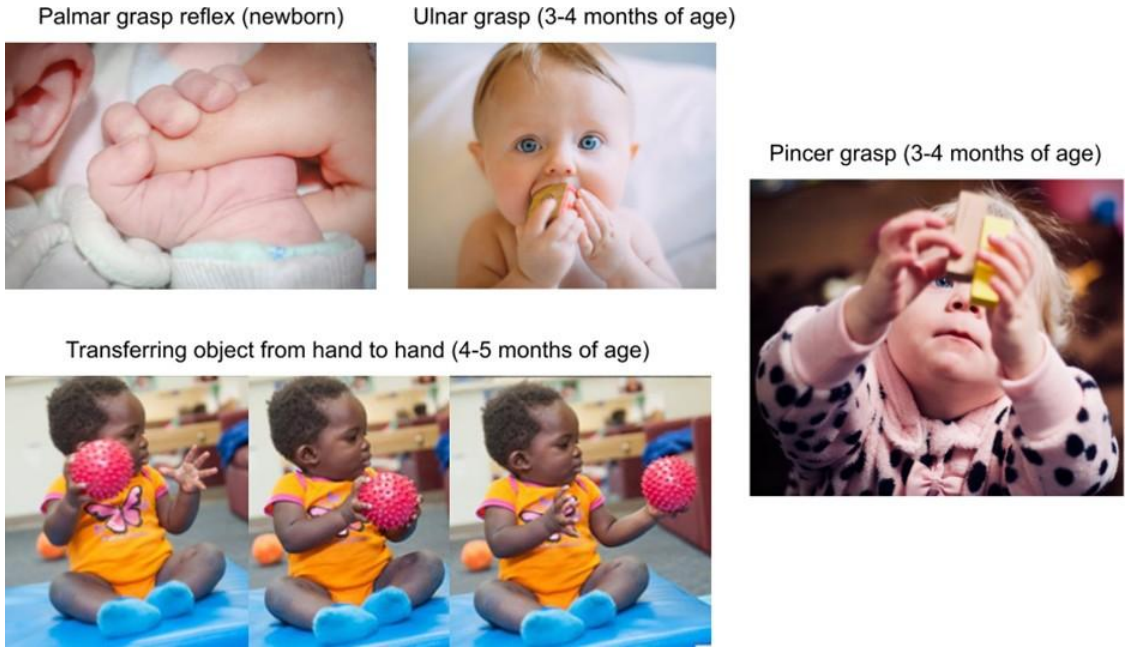


Figura 6.6.15: Desarrollo de la prensión durante el primer año de vida. ([27])

Para ayudar a los bebés, quienes los cuidan deben observar con atención la progresión de la prensión y proporcionarles materiales que puedan manipular con facilidad según sus técnicas de prensión actuales. La exploración activa de objetos surge alrededor de los tres a seis meses de edad con el inicio del alcance y de la prensión (Lobo & Galloway, 2008; Rochat, 1989; Ruff, 1984). A los seis meses de edad, los bebés dedican la mayor parte de su tiempo a agarrar objetos y llevárselos a la boca, y esto disminuye en gran medida con mejoras concurrentes en conductas exploratorias manuales complejas, como la digitación, la transferencia y la rotación de objetos (Belsky & Most, 1981; Ruff, 1984). Por eso, las personas encargadas de su cuidado deben proporcionar a los bebés materiales pequeños a los que puedan agarrarse con facilidad y que sean seguros para que se los lleven a la boca. Una vez que los bebés comienzan a sentarse y a desarrollar técnicas de prensión más complejas, como la prensión dígito palmar, los cuidadores deben proporcionar materiales con características de diseño más complejas, pero que sigan siendo livianos, fáciles de sostener con una mano, fáciles de transferir de una mano a otra y seguros para que se los lleven a la boca. [28]



Figura 6.6.16: Una variedad de objetos de madera. ([29])

Los comportamientos exploratorios de los bebés se ven influenciados por las propiedades de los objetos, como su tamaño, forma, textura y peso. Los bebés cambian la forma de agarrar objetos en función del tamaño: los objetos más pequeños se agarran con una mano y los más grandes con las dos. La investigación ha demostrado variaciones en los patrones de agarre de los bebés en función de la estructura del objeto, como la prensión con dos manos para objetos grandes y la prensión en pinzas para objetos más pequeños y blandos (Newell et al., 1989; Newman et al., 2001). Además, se vieron cambios apropiados y anticipados en los bebés entre 12 y 14 meses en la formación de la prensión en función de la forma y del tamaño del objeto (Barrett, Traupman & Needham, 2008; Fagard, 2000). Los bebés de 9 a 12 meses exploraban las propiedades de los objetos, como la forma, el tamaño y la textura, al girar, tocar y trasferir los objetos, mientras que exploraban propiedades, como el peso, el sonido y la rigidez al golpearlos y

agitarlos (Ruff, 1984). Esta investigación indica que a los bebés de más edad, los cuidadores deben brindarles materiales que sean más complejos en

su diseño y que presenten características más diversas, como el tamaño, la forma, la textura y el peso. A medida que los bebés más grandes utilizan su capacidad de prensión en desarrollo para explorar los materiales, las personas que los cuidan pueden seguir observando cómo interactúan con los materiales y proporcionarles materiales en función de las características que parece que a los bebés les interesa más explorar. [28]

En la Figura 6.6.17 a continuación, se pueden ver los objetos que pueden manipular: A) tubo de cartón; B) pinza de madera para tender la ropa; C) tapa de frasco de metal; D) tapa de botella de plástico; E) corcho; F) rulos de plástico; G) aro de madera. Al examinar los objetos, analice qué objetos serían los más adecuados para las diferentes capacidades de prensión de los bebés. Para los bebés que utilizan la prensión dígito palmar, ¿qué objetos sería mejor compartir con ellos? Para los bebés que utilizan la prensión en pinza, ¿qué objetos sería mejor compartir con ellos? ¿De qué manera las propiedades físicas de cada objeto pueden cambiar la forma en que los niños los exploran?

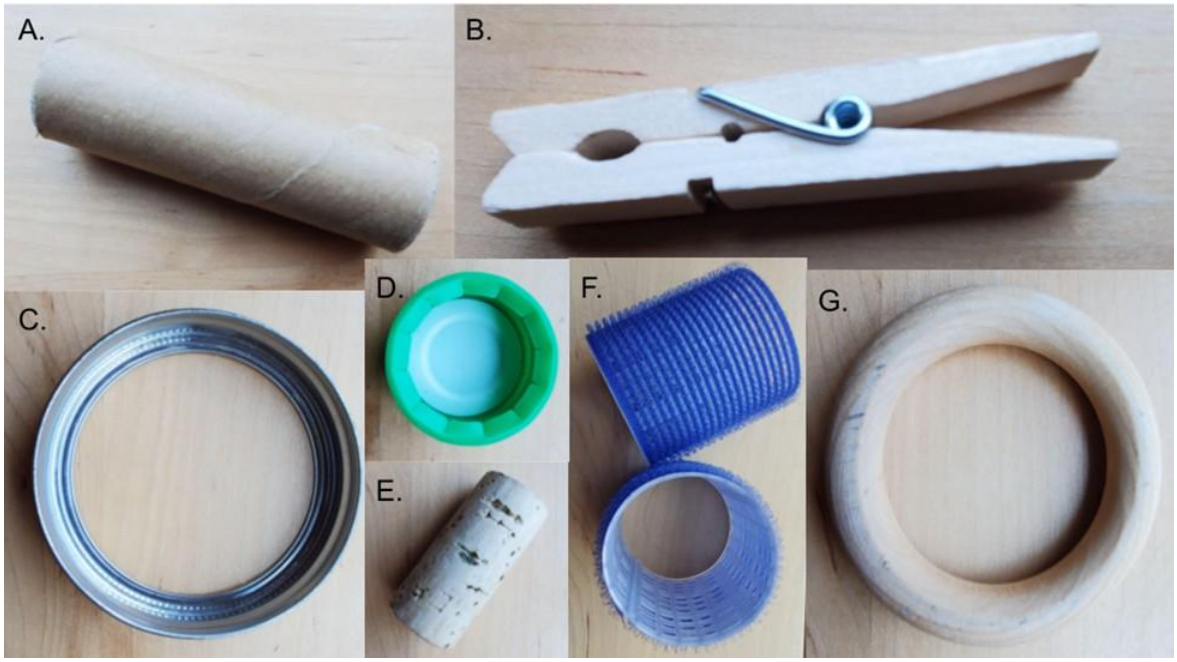


Figura 6.6.17: Diversos objetos que los bebés pueden manipular. ([30])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Gonzalez et al., (2019). Do gross and fine motor skills differentially contribute to language outcomes? A systematic review. *Frontiers in Psychology, 10*, 2670. CC by 4.0

[2] Imagen de krakenimages en Unsplash.

[3] El documento "Developmental Milestones" de los CDC es de dominio público.

[4] La imagen de la OMS es de dominio público.

[5] Sato & Tudella (2018). Influence of sitting positions and level of trunk control during reaching movements in late preterm and full-term infants. *Frontiers in Pediatrics, 6*, 185. CC by 4.0

[6] Imagen de Juan Encalada en Unsplash.

[7] Imagen de julio andres rosario ortiz en Unsplash.

[8] Imagen adaptada de Franchak et al., (2021) A contactless method for measuring full-day, naturalistic motor behavior using wearable inertial sensors. *Frontiers in Psychology*, 4632. CC by 4.0

[9] Yamamoto et al., (2021). The applied ability in infant crawling and the importance of prone motor experience for subsequent development. Preprint. CC by 4.0

[10] Imagen de Xiong et al., (2021). Measurement and analysis of human infant crawling for rehabilitation: A narrative review. *Frontiers in Neurology, 1747*. CC by 4.0

[11] Imagen adaptada de Yamamoto et al., (2021). The applied ability in infant crawling and the importance of prone motor experience for subsequent development. Preprint. CC by 4.0

[12] "Babies need tummy time!" del NICHD es de dominio público.

[13] La imagen de Minnie Zhou está en Unsplash.

[14] Thurman & Corbetta (2019). Changes in posture and interactive behaviors as infants progress from sitting to walking: a longitudinal study. *Frontiers in Psychology, 10*, 822. CC by 4.0

[15] Imagen de Minnie Zhou en Unsplash.

[16] Imagen de Jen Theodore en Unsplash.

[17] Sando (2019). The physical indoor environment in ECEC settings: Children's well-being and physical activity. *European Early Childhood Education Research Journal*, *27*(4), 506-519. CC by 4.0

[18] Stanton-Chapman & Schmidt (2021). How do the children play? The influence of playground type on children's play styles. *Frontiers in Psychology*, 4337. CC by 4.0

[19] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

[20] La imagen de la OMS es de dominio público.

[21] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

[22] "Child Growth and Development" por College of the Canyons, Jennifer Paris, Antoinette Ricardo y Dawn Rymond se utiliza bajo CC BY 4.0.

[23] Chinn et al., (2019). Development of infant reaching strategies to tactile targets on the face. *Frontiers in Psychology, 10*, 9. CC by 4.0

[24] Rachwani et al., (2015). The development of trunk control and its relation to reaching in infancy: A longitudinal study. *Frontiers in Human Neuroscience*, *9*, 94. CC by 4.0

[25] La imagen del CDC es de dominio público.

[26] Anekar & Bordoni (2020). Palmar grasp reflex. *StatPearls*. CC by 4.0

[27] Las imágenes adaptadas de Unsplash, Pixabay y los CDC son todas de dominio público.

[28] Kaur et al., (2015). Atypical object exploration in infants at-risk for autism during the first year of life. *Frontiers in Psychology, 6*, 798. CC by 4.0

[29] Assortment of wooden objects by Todd LaMarr is licensed under CC by 4.0

[30] Various manipulative objects de Todd LaMarr con licencia bajo CC by 4.0

6.6: Desarrollo de la motricidad gruesa y fina is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.7: Diferencias individuales- el papel de las prácticas culturales en el cuidado de los niños

Cultura y prácticas del cuidado de los niños

A pesar de que la secuencia de adquisición de las habilidades motoras es común, existen diferencias individuales en cuanto a la edad de adquisición de estas habilidades, lo que pone de manifiesto la importancia del entorno físico y de las prácticas de los cuidadores. Desde que se intentó documentar con los gráficos de hitos cuáles son las edades “normales” para alcanzar los hitos motrices, se han informado variaciones en el tipo de desarrollo motor y el momento en el que sucede (Karasik et al., 2015). Por ejemplo, se descubrió que el desarrollo motor en los países no occidentales difiere de las normas occidentales, y estas diferencias se relacionaron con las diferencias en las prácticas de cuidado (Adolph et al., 2010; Cintas, 1995; Karasik et al., 2015). Incluso dentro del “mundo occidental” existe una variabilidad cultural en el momento en el que se logran los hitos motores (De Kegel et al, 2013; Steenis et al., 2015; WHO Multicentre Growth Reference Study Group and de Onis, 2006). [1]



Figura \(\ PageIndex {1}\): Una cuidadora ayudando al bebé a practicar su caminata. ([2])

Las diferencias en las creencias culturales y en las prácticas de cuidado producen diferencias en el momento en que los niños alcanzan los hitos motores (Oudgenoeg-Paz, Atun-Einy & van Schaik, 2020). Por ejemplo, existen diferencias en las creencias sobre el desarrollo motor entre las personas holandesas y las israelíes encargadas de cuidar un bebé (Van Schaik et al., 2018), de tal manera que las israelíes atribuyen más importancia a estimular el desarrollo motor en el orden “correcto” y a obtener el asesoramiento de expertos. Las holandesas, en cambio, atribuyen mayor importancia a dejar que los niños sigan su propio ritmo en el desarrollo motor (Van Schaik et al., 2018). Hay estudios que demuestran que el desarrollo motor de los niños holandeses se retrasa en comparación con el de los niños de otros países occidentales, incluido Israel (Shapira & Harel, 1983; Steenis et al, 2015). [3]



Figura 6.7.2: Una madre de Sierra Leona, en África Occidental, con un bebé en la espalda. ([4])

Además, el conjunto de investigaciones transculturales apoya la perspectiva de que el desarrollo motor no es un proceso universal: el entorno social y físico desempeña un papel importante. Por ejemplo, practicar ponerse de pie y pararse, y masajear o estirar las extremidades es habitual en las culturas africanas y caribeñas, pero no tanto en las occidentales (Adolph et al., 2010; Super & Harkness, 2015). [5]

En Tayikistán y otras partes de Asia Central, una práctica tradicional de cuidado consiste en acunar en "*gahvora*". A algunos bebés desde el nacimiento hasta los 20 meses de edad se los ata firmemente de espaldas con pañuelos, y los brazos del bebé están extendidos a lo largo de los lados del torso y las piernas estiradas y atadas durante más de veinte horas al día (Karasik et al., 2018). No se desata a los bebés para alimentarlos porque las madres se inclinan sobre la cuna para amamantar y no se los retira para ir al baño porque los bebés orinan por un catéter externo y defecan por un agujero en la parte inferior de la cuna. [6]

La opinión predominante entre pediatras y psicólogos es que la fuerte restricción del movimiento en la infancia podría tener efectos perjudiciales, en especial a lo largo de los dos primeros años de vida, un período crítico en la salud y en el desarrollo de los niños (Cunha, Leite & Almeida, 2015). Por ejemplo, la posición extendida y restringida de las piernas, especialmente en los primeros meses, podría causar una displasia de cadera o un trastorno de la marcha (Clarke, 2014; Van Sleuwen et al., 2007). El tiempo prolongado en posición supina podría provocar braquicefalia (aplanamiento de la parte posterior de la cabeza) (Graham et al., 2005; van Vlimmeren et al., 2017). La restricción del movimiento –especialmente en los bebés mayores– podría retrasar el desarrollo de las habilidades posturales y locomotoras (Adolph & Robinson, 2015). [6]



Figura 6.7.3: (A) Gahvora con detalles tallados intrincadamente, ataduras y cobertores elegantes. (B) Gahvora de aspecto sencillo de un hogar menos adinerado. ([7])

Como se ve en la Figura no., los bebés más pequeños pasaban más horas en una *gahvora* que los de más edad; sin embargo, el 20 % de los bebés de más edad (de 12 a 24 meses) seguían pasando más de 15 horas al día en la cuna. Es importante señalar que en las familias tayikas, se aprecia a los niños y se los considera el centro de la vida familiar. Los cuidadores de Tayikistán respondían de inmediato a las vocalizaciones de sus bebés acunados al darles de comer, mecerlos o cantarles. Las madres, las abuelas, las tías, los vecinos y los hermanos mayores estaban disponibles, se turnaban y respondían, y los niños tayikos de todas las edades, incluidos los hermanos y los niños del pueblo, rodeaban la cuna *gahvora* e interactuaban con el bebé. [5] [6]

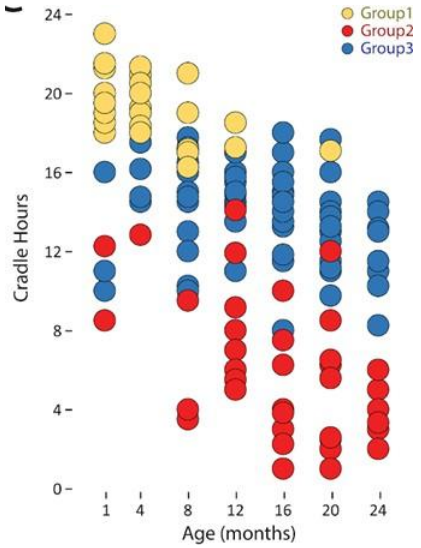


Figura 6.7.4: Cantidad de horas que los niños pasaron en la cuna *gahvora* a diferentes edades. Los 27 bebés del Grupo 1 (puntos amarillos) pasaron largos períodos en la cuna *gahvora* y acumularon *M* = 19.13 horas, distribuidas en las 24 horas. De hecho, 10 bebés del Grupo 1 pasaron ≥20 horas en la cuna. Para los 44 bebés del Grupo 2 (puntos rojos) el tiempo en la cuna *gahvora* se produjo en ráfagas cortas, principalmente entre las 10 a. m. y las 10 p. m. *M* = 6.09. Para nuestra sorpresa, los niños del Grupo 2 estaban fuera de la *gahvora* por la noche. Los 76 bebés del Grupo 3 (puntos azules) pasaron la mayor parte del tiempo en la cuna *gahvora* entre las 9 p. m. y las 7 a. m. y acumularon *M* = 13.82 horas/día. ([7]).

Una de las razones por las que el enfoque cultural es tan importante es el descubrimiento de nuevos fenómenos que ponen en tela de juicio los supuestos generalizados sobre las prácticas de cuidado y el curso "natural" del desarrollo infantil. Las creencias, las costumbres y las prácticas culturales, la geografía, el clima y los recursos del poblado obligan a los cuidadores a encontrar formas de mantenerlos sanos y seguros. Acunar en una cuna *gahvora* es una práctica cultural muy extendida en todo Tayikistán y cabe presumir que lo sea también en otras partes de Asia Central. Sin embargo, esta práctica va en contra de las normas y las teorías occidentales, e incluso en contra de las normas de la Organización Mundial de Salud (OMS). Como cuidadores de bebés y niños pequeños, es esencial conocer y respetar las diferencias culturales en las prácticas de cuidado. [6]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Oudgenoeg-Paz, Atun-Einy & van Schaik (2020). Two cultural models on infant motor development: Middle class parents in Israel and the Netherlands. *Frontiers in Psychology, 11*, 119. CC by 4.0

[2] La imagen de Nathan Dumlao está en Unsplash.

[3] Oudgenoeg-Paz, Atun-Einy & van Schaik (2020). Two cultural models on infant motor development: Middle class parents in Israel and the Netherlands. *Frontiers in Psychology, 11*, 119. CC by 4.0

[4] Imagen de Annie Spratt en Unsplash.

[5] Oudgenoeg-Paz, Atun-Einy & van Schaik (2020). Two cultural models on infant motor development: Middle class parents in Israel and the Netherlands. *Frontiers in Psychology, 11*, 119. CC by 4.0

[6] Karasik et al., (2018). The ties that bind: Cradling in Tajikistan. *PloS One*, *13*(10), e0204428. CC by 4.0

[7] Cradle Hours and Infant Age from Karasiket al., (2018). The ties that bind: Cradling in Tajikistan. *PloS One*, *13*(10), e0204428. CC by 4.0

6.7: Diferencias individuales- el papel de las prácticas culturales en el cuidado de los niños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.8: Relación entre el desarrollo de la motricidad y otras áreas del desarrollo

Desarrollo principal y otros dominios del desarrollo

Aunque el desarrollo motor suele plantearse como un capítulo aparte separado de otros dominios del desarrollo (p. ej., el del lenguaje, el socioemocional o el cognitivo), la realidad es que las capacidades motoras de los niños se desarrollan de forma paralela a estos otros dominios y el crecimiento en un dominio muchas veces influye en los otros dominios. Las habilidades motoras son la base de las acciones e interacciones cotidianas de los bebés y niños pequeños y, en consecuencia, afectan al posterior desarrollo perceptivo, cognitivo y del lenguaje (Bushnell & Boudreau, 1993; Gibson, 1988). Piaget (1952) indicó que existe una relación entre el desarrollo motor y el cognitivo, y señaló que las propias acciones de los bebés y las experiencias sensomotoras resultantes son fundamentales para su aprendizaje del entorno y de los objetos que contiene. Desde las observaciones originales de Piaget, varios estudios han aportado pruebas de las relaciones entre las habilidades motoras y el desarrollo en dominios que no parecen estar relacionados. [1]

Cada vez hay más pruebas que plantean que la adquisición de un control más avanzado sobre la postura del cuerpo ofrece a los bebés oportunidades de aprendizaje y exploración (Franchak, 2020; Gibson, 1988; Libertus & Hauf, 2017). Por ejemplo, las experiencias visuales de los bebés difieren según la posición del cuerpo: mientras están acostados boca abajo, en el campo de visión de los bebés predomina la superficie del suelo y los objetos cercanos al cuerpo, mientras que los bebés erguidos tienen una visión más amplia de su entorno que incluye objetos y rostros lejanos (Franchak et al., 2011, 2018; Luo & Franchak, 2020; Kretch et al., 2014). La exploración visual y manual de los objetos se da con más facilidad al estar sentados en comparación con estar tendidos en posición prona o supina (Luo & Franchak, 2020; Soska & Adolph, 2014). La locomoción bípeda (caminar) en comparación con la locomoción prona (gatear) permite a los bebés desplazarse más lejos, transportar objetos con mayor facilidad y provocar diferentes respuestas sociales por parte de los cuidadores (Adolph & Tamis-LeMonda, 2014; Gibson, 1988; Karasik et al., 2014). Por lo tanto, aprender a sentarse y a caminar está vinculado con mejoras posteriores en la adquisición del lenguaje y la cognición espacial (He et al., 2015; Moore et al., 2019; Oudgenoeg-Paz et al., 2012, 2015; Soska et al., 2010; Walle, 2016; Walle & Campos, 2014; West et al., 2019). Al parecer, estos efectos facilitadores se deben a que los bebés pasan más tiempo sentados, de pie y caminando. Por ejemplo, lograr la capacidad de sentarse de forma independiente casi duplicó la cantidad de tiempo que los niños de seis meses pasaron sentados (ya sea sentados de forma independiente o con apoyo) en la vida cotidiana en comparación con los niños de seis meses que aún no se sentaban (Franchak, 2019), y los bebés que pasan más tiempo sentados tienen más oportunidades de explorar objetos con las dos manos. [2]

Teoría del desarrollo continuo

La hipótesis del desarrollo continuo hace hincapié en las consecuencias que siguen al logro de nuevas habilidades motoras como fuerza impulsora durante el desarrollo. El desarrollo continuo se refiere a las consecuencias acumulativas de los avances en un dominio (p. ej., las habilidades motoras) en comportamientos o habilidades posteriores (Fry & Hale, 1996; Gottlieb, 1991; Masten & Cicchetti, 2010). La adquisición de una nueva habilidad genera cambios significativos y duraderos en la experiencia cotidiana del niño, ya que modifica el tipo de información al que puede acceder y la forma en que los demás responden al niño. Según la teoría del desarrollo continuo, la adquisición de una nueva habilidad motriz puede proporcionar a los bebés acceso a nuevas oportunidades de aprendizaje asociadas a esa habilidad motriz. Por ejemplo, al poder sentarse sin apoyo, las manos quedan libres para la exploración manual de los objetos y para el aprendizaje de las características del objeto, como el peso, la textura y la función (Lederman & Klatzky, 2009; Rochat & Goubet, 1995). Sentarse también libera las manos para la producción de gestos comunicativos, que se ha comprobado que favorecen el desarrollo del lenguaje (Iverson & Goldin-Meadow, 2005). Además, el hecho de sentarse cambia el punto de vista de los bebés, lo que posibilita nuevas experiencias perceptivas y fomenta los intercambios cara a cara con quienes los cuidan. Y, por último, los padres reaccionan a los cambios en las capacidades de los bebés y adaptan su forma de responder al niño (por ejemplo, Karasik et al., 2014). [1]

Relación entre las habilidades motoras y el desarrollo del lenguaje

Aunque el desarrollo motor y el del lenguaje pueden parecer dos áreas de desarrollo muy diferentes, se ha demostrado mediante investigaciones que dentro de los tres primeros años de vida, hay una fuerte relación entre estas dos áreas (Schneider & Iverson, 2021). Los bebés y los niños pequeños que alcanzan antes los hitos motrices muestran capacidades lingüísticas mayores. Por ejemplo, en un grupo numeroso de niños de 10 a 14 meses de edad, habrá algunos que caminarán, mientras que otros aún no podrán hacerlo. Los niños que empiezan a caminar antes tienen vocabularios receptivos y productivos más grandes que los que aún no pueden caminar (Carina, Leinweber & Ritterfeld, 2019; He, Walle & Campos, 2015; Walle & Campos, 2014). Se ha comprobado

que el momento en el que el bebé comienza a sentarse y a caminar por su cuenta predice el tamaño del vocabulario productivo posterior entre los 16 y los 28 meses (Oudgenoeg-Paz, Volman & Leseman, 2012). En realidad, esta relación entre el desarrollo motor y el desarrollo del lenguaje comienza incluso antes. Los bebés, entre 3 y 5 meses, que pueden sentarse de forma independiente antes que los demás, muestran mayores habilidades lingüísticas cuando son niños pequeños (Libertus & Violi, 2016). En un estudio a gran escala, con 62,944 niños, se descubrió que las habilidades motoras a los 18 meses eran predictivas de las habilidades

lingüísticas posteriores a los 36 meses (Wang, Lekhal, Aarø & Schjølberg, 2014). Además de las habilidades motoras gruesas, se descubrió que las habilidades motoras finas entre los 12 y los 18 meses de edad predicen el lenguaje expresivo a los 36 meses en los bebés con un alto riesgo genético de TEA (LeBarton & Iverson, 2013). [1]

¿Por qué existe una relación entre las habilidades motoras y las habilidades lingüísticas posteriores? Es poco probable que la adquisición de la habilidad de caminar por sí misma haga que los bebés desarrollen el lenguaje, al igual que es poco probable que el lenguaje en el primer año de vida provoque la aparición de la habilidad de caminar. Sino más bien, lo que sucede es que el campo visual del bebé aumenta cuando el bebé comienza a caminar (Kretch et al., 2014) y esto permite una mayor flexibilidad para ver el entorno (Frank et al., 2013). Estos cambios físicos pueden favorecer el seguimiento por parte de los bebés de las señales de atención de los adultos y, por lo tanto, facilitar el aprendizaje del lenguaje. La participación en conductas de atención compartida es esencial para el desarrollo del lenguaje (Tomasello, 1988, 1995). Estos episodios de participación conjunta se producen cuando una persona dirige la atención de otra hacia un referente compartido, como un objeto o un acontecimiento. Varios estudios han descubierto que el seguimiento por parte de los bebés de las señales de atención de las personas adultas está relacionado con el desarrollo del lenguaje (Brooks & Meltzoff, 2005; Morales et al., 1998; Mundy et al., 1995; Smith et al., 1988; Tomasello & Todd, 1983). Del mismo modo, la iniciación de la participación conjunta por parte del bebé, como señalar, se asocia con el desarrollo posterior del lenguaje (Brooks y Meltzoff, 2008; LeBarton et al., 2015). Tal vez no sea sorprendente que la atención compartida de los bebés, en especial cuando siguen la mirada de la persona adulta, también se desarrolle claramente después del primer cumpleaños del bebé (Morales et al., 2000; Morissette et al., 1995), cuando los bebés suelen empezar a caminar. [3]

Además, el hecho de que el bebé camine también tiene un impacto significativo en la forma en que se relaciona con el cuidador. Se ha observado que es más probable que los bebés que caminan accedan a objetos situados a mayor distancia que los que gatean (Clearfield, 2011; Karasik et al., 2011). Además, participar en solicitudes móviles de la atención de los padres, como llevarles un objeto, provoca respuestas más interactivas y orales por parte de los padres, y tales solicitudes son más frecuentes por parte de los bebés que caminan que los que gatean (Karasik et al., 2014). También se ha descubierto que los bebés que caminan dirigen la atención de los padres hacia los objetos al utilizar vocalizaciones y gestos más que los bebés que gatean (Clearfield et al., 2008; Clearfield, 2011; Karasik et al., 2011). Según estos hallazgos, se observa que los bebés que caminan no solo pueden estar más atentos a seguir las señales de atención de las personas adultas, sino que también ayudan a generar contextos sociales en los que ellos mismos provocan la atención de los padres. La adquisición de la habilidad para caminar ofrece a los bebés nuevas formas de comunicarse (al liberar las manos para los gestos y poder llevar objetos) y compartir sus intereses, lo que da lugar a un lenguaje más enriquecido por parte de los cuidadores (West & Iverson, 2021). [3]

Relación entre las habilidades motoras y los retrasos y discapacidades del desarrollo

Debido que el desarrollo motor se puede rastrear desde la infancia y la niñez, las habilidades motoras se pueden utilizar como un potencial indicador temprano para los resultados posteriores en los niños con riesgo de tener un retraso o una discapacidad (Bhat et al., 2012; Flanagan et al., 2012; Lebarton & Iverson, 2013; Libertus et al., 2014). Según las investigaciones, los retrasos en el desarrollo motor están relacionados con diagnósticos, como el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y los trastornos del desarrollo del lenguaje (Leonard & Hill, 2014; West, 2018). Los bebés que tienen un mayor riesgo familiar de presentar TEA (bebés que tienen un hermano mayor con un diagnóstico de TEA) y que reciben un diagnóstico de TEA más tarde en la infancia muestran habilidades de motricidad fina y de prensión inferiores (Choi, Leech, Tager-Flusberg & Nelson, 2018; Libertus et al., 2014) y un retraso en el desarrollo de las habilidades posturales (es decir, sentarse y ponerse de pie) (Nickel et al., 2013). Hay más niños con un trastorno del desarrollo del lenguaje a los que les lleva más tiempo lograr los hitos de la motricidad gruesa y, sobre todo, de la motricidad fina, que los niños sin trastorno del desarrollo del lenguaje (Diepeveen et al, 2018). Los retrasos en el desarrollo motor también se registran con frecuencia en niños con síndrome de Down (Vicari, 2006), con síndrome de Williams (Masataka, 2001) y en prematuros (Cameron et al., 2021; Caravale et al., 2005; van Haastert et al., 2006). [1] [4]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Libertus & Violi (2016). Sit to talk: relation between motor skills and language development in infancy. *Frontiers in Psychology*, *7*, 475. CC by 4.0

[2] Franchak et al., (2021). A contactless method for measuring full-day, naturalistic motor behavior using wearable inertial sensors.

Frontiers in Psychology, 4632. CC by 4.0

[3] Walle (2016). Infant social development across the transition from crawling to walking. *Frontiers in Psychology*, *7*, 960. CC by 4.0

[4] Libertus & Landa (2014). Scaffolded reaching experiences encourage grasping activity in infants at high risk for autism.

Frontiers in Psychology, *5*, 1071. CC by 4.0

6.8: Relación entre el desarrollo de la motricidad y otras áreas del desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.9: Conclusión

Conclusión del capítulo “Desarrollo de la motricidad”

El desarrollo de la motricidad es un ámbito sorprendente sobre el que aprender, ya que los cuidadores pueden observar con facilidad el crecimiento de las habilidades motoras, y este proporciona una visión única del desarrollo de la comprensión del mundo por parte de los niños. A medida que los bebés avanzan en la adquisición de las habilidades motrices, las personas a cargo del cuidado de los bebés cumplen un papel importante en el apoyo a los niños, al brindarles materiales y entornos físicos creativos que apoyen y desafíen el desarrollo de sus habilidades.

6.9: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

6.10: Referencias

Adolph, K. E. (2008). Learning to move. *Current Directions in Psychological Science*, *17*(3), 213-218.

Adolph, K. E., Cole, W. G., Komati, M., Garciaguirre, J. S., Badaly, D., Lingeman, J. M., Chan, G. & Sotsky, R. B. (2012). How do you learn to walk? Thousands of steps and dozens of falls per day. *Psychological Science*, *23*(11), 1387-1394.

Adolph, K. E., & Hoch, J. E. (2019). Motor development: Embodied, embedded, enculturated, and enabling. *Annual Review of Psychology*, *70*, 141-164.

Adolph, K. E., Karasik, L. B., & Tamis-LeMonda, C. S. (2010). Motor skill. In M. H. Bornstein (Ed.),*Handbook of Cultural Developmental Science*, (pp. 61–88). New York, NY: Taylor & Francis).

Adolph K. E., & Robinson S. R. (2015). Motor development. In Liben L. & Muller U. (Eds.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (7.a edición., Vol. 2, pp. 114–157). New York: Wiley.

Adolph, K. E., Vereijken, B., & Denny, M. A. (1998). Learning to crawl. *Child Development*, *69*(5), 1299-1312.

Barrett, T. M., Traupman, E., & Needham, A. (2008). Infants' visual anticipation of object structure in grasp planning. *Infant Behavior and Development*, *31*(1), 1-9.

Belsky, J., & Most, R. K. (1981). From exploration to play: A cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental Psychology*, *17*(5), 630.

Berger, S. E., Chan, G. L., & Adolph, K. E. (2014). What cruising infants understand about support for locomotion. *Infancy*, *19*(2), 117-137.

Berk, & Meyers, A. B. (2016). *Infants, children, and adolescents* (8.a edición). Pearson.

Bertenthal, B., & Von Hofsten, C. (1998). Eye, head and trunk control: The foundation for manual development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *22*(4), 515-520.

Bilbilaj, S., Gjipali, A., & Shkurti, F. (2017). Measuring primitive reflexes in children with learning disorders. *European Journal of Multidisciplinary Studies*, *2*(5), 285-298.

Bly, L. (1994). *Motor skills acquisition in the first year: An illustrated guide to normal development*. Psychological Corporation. Virgínia University, TX: Therapy Skill Builders.

Bruijns, B. A., Truelove, S., Johnson, A. M., Gilliland, J., & Tucker, P. (2020). Infants' and toddlers' physical activity and sedentary time as measured by accelerometry: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *17*(1), 14.

Bruner, J. S. (1973). Organization of early skilled action. *Child Development*, 1-11.

Bruner, J. S., & Koslowski, B. (1972). Visually preadapted constituents of manipulatory action. *Perception*, *1*(1), 3-14. Buchanan, L., Xu, H., Hewitt, L., Taki, S., & Wen, L. M. (2021). A longitudinal analysis examining the associations of tummy time with active playtime, screen time, and sleep time. *Journal of Physical Activity and Health*, *1*, 1-8.

Butler, P., Saavedra, M. S., Sofranac, M. M., Jarvis, M. S., & Woollacott, M. (2010). Refinement, reliability and validity of the segmental assessment of trunk control. *Pediatric Physical Therapy*, *22*(3), 246.

Cameron, K. L., FitzGerald, T. L., McGinley, J. L., Allison, K., Cheong, J. L., & Spittle, A. J. (2021). Motor outcomes of children born extremely preterm; from early childhood to adolescence. *Seminars in Perinatology*, 151481–151481.

Carina, L. Ü. K. E., Leinweber, J., & Ritterfeld, U. (2019). Walking, pointing, talking–the predictive value of early walking and pointing behavior for later language skills. *Journal of Child Language*, *46*(6), 1228-1237.

Carson, V., Lee, E. Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., ... & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, *17*(5), 33-63.

Carson, V., Zhang, Z., Predy, M., Pritchard, L., & Hesketh, K. D. (2022). Longitudinal associations between infant movement behaviours and development. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *19*(1), 1-15.

Chahin, E., & Tardos, A. (2017). *In loving hands: How the rights for young children living in children's homes offer hope and happiness in today's world*. Xlibris Corporation.

Choi, B., Leech, K. A., Tager-Flusberg, H., & Nelson, C. A. (2018). Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, *10*(1), 1-11.

Cintas, H. L. (1995). Cross-cultural similarities and differences in development and the impact of parental expectations on motor behavior. *Pediatric Physical Therapy*, *7*(3), 103-111.

Clarke, N. M. P. (2014). Swaddling and hip dysplasia: An orthopaedic perspective. *Archives of Disease in Childhood*, *99*, 5–6.

Claxton, L. J., Haddad, J. M., Ponto, K., Ryu, J. H., & Newcomer, S. C. (2013). Newly standing infants increase postural stability when performing a supra-postural task. *PloS One*, *8*(8), e71288.

Corbetta, D., & Bojczyk, K. E. (2002). Infants return to two-handed reaching when they are learning to walk. *Journal of Motor Behavior*, *34*(1), 83-95.

Corbetta, D., and Thelen, E. (2002). Behavioral fluctuations and the development of manual asymmetries in infancy: Contribution of the dynamic systems approach. In S. J. Segalowitz and I. Rapin (Eds.), *Handbook of Neuropsychology: Vol. 8 – Child Neuropsychology (pp. 309–328)*. Amsterdam Elsevier Science Publishing Co.

Cunha, A. J. L. A. D., Leite, Á. J. M., & Almeida, I. S. D. (2015). The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, *91*, S44-S51.

Davis, B. E., Moon, R. Y., Sachs, H. C., & Ottolini, M. C. (1998). Effects of sleep position on infant motor development.

Pediatrics, *102*(5), 1135-1140.

De Kegel, A., Peersman, W., Onderbeke, K., Baetens, T., Dhooge, I., & Van Waelvelde, H. (2013). New reference values must be established for the Alberta Infant Motor Scales for accurate identification of infants at risk for motor developmental delay in Flanders. *Child: Care, Health and Development*, *39*(2), 260-267.

Dewey, C., Fleming, P., Golding, J., & ALSPAC Study Team. (1998). Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? II. Development in the first 18 months. *Pediatrics*, *101*(1), e5-e5.

Diepeveen, F. B., van Dommelen, P., Oudesluys-Murphy, A. M., & Verkerk, P. H. (2018). Children with specific language impairment are more likely to reach motor milestones late. *Child: Care, Health and Development*, *44*(6), 857-862.

DiMercurio, A., Connell, J. P., Clark, M., & Corbetta, D. (2018). A naturalistic observation of spontaneous touches to the body and environment in the first 2 months of life. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2613.

Dosso, J. A., & Boudreau, J. P. (2014). Crawling and walking infants encounter objects differently in a multi-target environment. *Experimental Brain Research*, *232*(10), 3047-3054.

Fagard, J. (2000). Linked proximal and distal changes in the reaching behavior of 5-to 12-month-old human infants grasping objects of different sizes. *Infant Behavior and Development*, *23*(3-4), 317-329.

Franchak, J. M., Kretch, K. S., & Adolph, K. E. (2018). See and be seen: Infant–caregiver social looking during locomotor free play. *Developmental Science*, *21*(4), e12626.

Futagi, Y., Toribe, Y., & Suzuki, Y. (2012). The grasp reflex and moro reflex in infants: hierarchy of primitive reflex responses.

International Journal of Pediatrics, *2012*.

Galloway, J. C., & Thelen, E. (2004). Feet first: Object exploration in young infants. *Infant Behavior and Development*, *27*(1), 107-112.

Gerber, M. (2002). *Dear parent: Caring for infants with respect* (2.a ed.). Resources for Infant Educarers.

Gerber, M., & Johnson, A. (1998). *Your self-confident baby: How to encourage your child's natural abilities from the very start*. John Wiley and Sons, Inc., Professional, Reference and Trade Group, 605 Third Avenue, New York, NY 10158-0012.

Gibson, J. J. (1950). *The perception of the visual world*. New York: Houghton Mifflin.

Gibson, J. J. (2014). *The ecological approach to visual perception: Classic edition*. New York, NY: Taylor & Francis.

Gonzalez, S. L., Alvarez, V., & Nelson, E. L. (2019). Do gross and fine motor skills differentially contribute to language outcomes? A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2670.

Gonzalez-Mena, J. (2014). *Infants, toddlers, and caregivers: A curriculum of respectful, responsive, relationship-based care and education*. McGraw-Hill Higher Education.

Gonzalez-Mena, J., Chahin, E., & Briley, L. (2005). The Pikler Institute: A unique approach to caring for children. *Childcare Exchange Press, 166*, 49.

Graham Jr, J. M., Kreutzman, J., Earl, D., Halberg, A., Samayoa, C., & Guo, X. (2005). Deformational brachycephaly in supine-sleeping infants. *The Journal of Pediatrics*, *146*(2), 253-257.

Gubbels, J. S., Van Kann, D. H., & Jansen, M. W. (2012). Play equipment, physical activity opportunities, and children's activity levels at childcare. *Journal of Environmental and Public Health*.

Harbourne, R. T., Lobo, M. A., Karst, G. M., & Galloway, J. C. (2013). Sit happens: Does sitting development perturb reaching development, or vice versa? *Infant Behavior and Development*, *36*(3), 438-450.

He, M., Walle, E. A., & Campos, J. J. (2015). A cross-national investigation of the relationship between infant walking and language development. *Infancy*, *20*(3), 283-305.

Heathcock, J. C., & Galloway, J. C. (2009). Exploring objects with feet advances movement in infants born preterm: A randomized controlled trial. *Physical Therapy*, *89*(10), 1027-1038.

Hewitt, L., Kerr, E., Stanley, R. M., & Okely, A. D. (2020). Tummy time and infant health outcomes: A systematic review.

Pediatrics, *145*(6).

Hnatiuk, J., Ridgers, N. D., Salmon, J., Campbell, K., McCallum, Z., & Hesketh, K. (2012). Physical activity levels and patterns of 19-month-old children. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *44*(9), 1715-1720.

Hoffmann, M. (2017). “The role of self-touch experience in the formation of the self,” in *Proceedings of The Development of the Self Workshop at IEEE ICDL-EpiRob 2017*, Lisbon.

Jantz, J. W., Blosser, C. D., & Fruechting, L. A. (1997). A motor milestone change noted with a change in sleep position.

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, *151*(6), 565-568.

Jeannerod, M. (1996). Reaching and grasping: Parallel specification of visuomotor channels. In H. Heuer and S. W. Keele (Eds.), *Handbook of Perception and Action*, (Vol. 2, pp. 405–460). Cambridge, MA: Academic Press.

Kalmar, R. (2017). Investigation about crawling ‘ Haihai ’ in Japanese infants. *Japan Journal of Human Growth and Development Research*, *76*, 1–7.

Karasik, L. B., Adolph, K. E., Tamis-LeMonda, C. S., & Zuckerman, A. L. (2012). Carry on: Spontaneous object carrying in 13-month-old crawling and walking infants. *Developmental Psychology*, *48*(2), 389.

Karasik, L. B., Tamis-LeMonda, C. S., Adolph, K. E., & Bornstein, M. H. (2015). Places and postures: A cross-cultural comparison of sitting in 5-month-olds. *Journal of Cross-cultural Psychology*, *46*(8), 1023-1038.

Karasik, L. B., Tamis-LeMonda, C. S., Ossmy, O., & Adolph, K. E. (2018). The ties that bind: Cradling in Tajikistan. *PloS One*, *13*(10), e0204428.

Kattwinkel, J., Brooks, J., & Myerberg, D. (1992). American Academy of Pediatrics AAP Task Force on infant positioning and SIDS: positioning and SIDS. *Pediatrics*, *89*(6 Pt 1), 1120-6.

Konicarova, J., Bob, P., & Raboch, J. (2013). Persisting primitive reflexes in medication-naïve girls with attention-deficit and hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*, 1457.

Kretch, K. S., Franchak, J. M., & Adolph, K. E. (2014). Crawling and walking infants see the world differently. *Child Development*, *85*(4), 1503-1518.

LeBarton, E. S., & Iverson, J. M. (2013). Fine motor skill predicts expressive language in infant siblings of children with autism. *Developmental Science*, *16*(6), 815-827.

Ledebt, A. (2000). Changes in arm posture during the early acquisition of walking. *Infant Behavior and Development*, *23*(1), 79-89.

Libertus, K., & Violi, D. A. (2016). Sit to talk: relation between motor skills and language development in infancy. *Frontiers in Psychology*, *7*, 475.

Lobo, M. A., & Galloway, J. C. (2013). The onset of reaching significantly impacts how infants explore both objects and their bodies. *Infant Behavior and Development, 36*(1), 14-24.

Lobo, M. A., Kokkoni, E., de Campos, A. C., & Galloway, J. C. (2014). Not just playing around: Infants' behaviors with objects reflect ability, constraints, and object properties. *Infant Behavior and Development, 37*(3), 334-351.

Lockman, J. J., & Ashmead, D. H. (1983). Asynchronies in the development of manual behavior. *Advances in Infancy Research*.

Majnemer, A., & Barr, R. G. (2005). Influence of supine sleep positioning on early motor milestone acquisition. *Developmental Medicine & Child Neurology, 47*(6), 370-376.

Morgan, C., Fetters, L., Adde, L., Badawi, N., Bancale, A., Boyd, R. N., Chorna, O., Cioni, G., Damiano, D. L., Darrah, J., de Vries, L. S., Dusing, S., Einspieler, C., Eliasson, A., Ferriero, D., Fehlings, D., Forssberg, H., Gordon, A. M., Greaves, S., Guzzetta, A., Hadders-Algra, M., Harbourne, R., Karlsson, P., Krumlinde-Sundholm, L., Latal, B., Loughran-Fowlds, A., Mak, C., Maitre, N., McIntyre, S., Mei, C., Morgan, A., Kakooza-Mwesige, A., Romeo, D. M., Sanchez, K., Spittle, A., Shepherd, R., Thornton, M., Valentine, J., Ward, R., Whittingham, K., Zamany, A. & Novak, I. (2021). Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: International clinical practice guideline based on systematic reviews. *JAMA Pediatrics*.

Newell, K. M., Scully, D. M., McDonald, P. V., & Baillargeon, R. (1989). Task constraints and infant grip configurations. *Developmental Psychobiology, 22(*8), 817-831.

Nordtømme, S. 2016. "På vei mot en rom (s) lig pedagogikk: En fortolkende studie av barnslekeerfaringer med rom og materialitet [Towards a spacious pedagogy. An interpretive study of children's play experiences with space and materiality]." PhD diss., Høgskolen i Sørøst-Norge.

Noritz, G. H., Murphy, N. A., Neuromotor Screening Expert Panel, Murphy, N. A., Hagan Jr, J. F., Lipkin, P. H., Macias, M. M., Navsaria, D. Noritz, G. H., Peacock, G., Rosenbaum, P. L., Saal, H. M., Sarwark, J. F., Swanson, M. E., Wiznitzer, M. & Yeargin-Allsopp, M. (2013). Motor delays: Early identification and evaluation. *Pediatrics, 131*(6), e2016-e2027.

Oudgenoeg-Paz, O., Atun-Einy, O., & van Schaik, S. D. (2020). Two cultural models on infant motor development: Middle class parents in Israel and the Netherlands. *Frontiers in Psychology, 11*, 119.

Oudgenoeg-Paz, O., Volman, M. C. J., & Leseman, P. P. (2012). Attainment of sitting and walking predicts development of productive vocabulary between ages 16 and 28 months. *Infant Behavior and Development, 35*(4), 733-736.

Patrick, S. K., Noah, J. A., & Yang, J. F. (2012). Developmental constraints of quadrupedal coordination across crawling styles in human infants. *Journal of Neurophysiology, 107*(11), 3050-3061.

Pecuch, A., Gieysztor, E., Wolańska, E., Telenga, M., & Paprocka-Borowicz, M. (2021). Primitive reflex activity in relation to motor skills in healthy preschool children. *Brain Sciences, 11*(8), 967.

Peden, M. E., Jones, R., Costa, S., Ellis, Y., & Okely, A. D. (2017). Relationship between children's physical activity, sedentary behavior, and childcare environments: A cross sectional study. *Preventive Medicine Reports, 6*, 171-176.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York, NY: Basic Books.

Ridgers, N. D., Stratton, G., Fairclough, S. J., & Twisk, J. W. (2007). Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Preventive Medicine, 44*(5), 393-397.

Rocha, N. A. C. F., & Tudella, E. (2008). The influence of lying positions and postural control on hand–mouth and hand–hand behaviors in 0–4-month-old infants. *Infant Behavior and Development, 31*(1), 107-114.

Rochat, P. (1989). Object manipulation and exploration in 2-to 5-month-old infants. *Developmental Psychology, 25*(6), 871. Rochat, P., and Bullinger, A. (1994). Posture and functional action in infancy. In A. Vyt, H. Bloch, & M. H. Bornstein (Eds.), *Early Child Development in the French Tradition: Contributions from Current Research* (pp. 15–34). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Rochat, P., & Goubet, N. (1995). Development of sitting and reaching in 5-to 6-month-old infants. *Infant Behavior and Development, 18*(1), 53-68.

Rochat, P., & Hespos, S. J. (1997). Differential rooting response by neonates: Evidence for an early sense of self. *Infant and Child Development, 6*(3-4), 105-112.

Ruff, H. A. (1984). Infants' manipulative exploration of objects: Effects of age and object characteristics. *Developmental Psychology*, *20*(1), 9.

Salls, J. S., Silverman, L. N., & Gatty, C. M. (2002). The relationship of infant sleep and play positioning to motor milestone achievement. *American Journal of Occupational Therapy*, *56*(5), 577-580.

Sando, O. J. (2019). The physical indoor environment in ECEC settings: children's well-being and physical activity. *European Early Childhood Education Research Journal*, *27*(4), 506-519.

Schneider, J. L., & Iverson, J. M. (2021). Cascades in action: How the transition to walking shapes caregiver communication during everyday interactions. *Developmental Psychology.*

Schott, J. M., & Rossor, M. N. (2003). The grasp and other primitive reflexes. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *74*(5), 558-560.

Sgandurra, G., Cecchi, F., Serio, S. M., Del Maestro, M., Laschi, C., Dario, P., & Cioni, G. (2012). Longitudinal study of unimanual actions and grasping forces during infancy. *Infant Behavior and Development*, *35*(2), 205-214.

Shapira, Y., & Harel, S. (1983). Standardization of the Denver developmental screening test for Israeli children. *Israel Journal of Medical Sciences*, *19*(3), 246-251.

Sherer, D. M. (1993). Fetal grasping at 16 weeks' gestation. *Journal of Ultrasound in Medicine*, *12*(6), 316-316. Shida-Tokeshi, J., Lane, C. J., Trujillo-Priego, I. A., Deng, W., Vanderbilt, D. L., Loeb, G. E., & Smith, B. A. (2018).

Relationships between full-day arm movement characteristics and developmental status in infants with typical development as they learn to reach: An observational study. *Gates Open Research*, *2*.

Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2003). Controle motor: Teoria e aplicações práticas. *Manole*.

Soska, K. C., & Adolph, K. E. (2014). Postural position constrains multimodal object exploration in infants. *Infancy*, *19*(2), 138-161.

Soska, K. C., Adolph, K. E., & Johnson, S. P. (2010). Systems in development: motor skill acquisition facilitates three- dimensional object completion. *Developmental Psychology*, *46*(1), 129.

Steenis, L. J., Verhoeven, M., Hessen, D. J., & Van Baar, A. L. (2015). Performance of Dutch children on the Bayley III: A comparison study of US and Dutch norms. *PloS One*, *10*(8), e0132871.

Super, C. M., & Harkness, S. (1986). The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, *9*(4), 545-569.

Tandon, P., Hassairi, N., Soderberg, J., & Joseph, G. (2018). The relationship of gross motor and physical activity environments in child care settings with early learning outcomes. *Early Child Development and Care*.

Tandon, P. S., Saelens, B. E., & Christakis, D. A. (2015). Active play opportunities at child care. *Pediatrics*, *135*(6), e1425- e1431.

Tardos, A. (2010). Introducing the Piklerian developmental approach. *The Signal Newsletter of the World Association for Infant Mental Health*, *18*(3-4), 1-4.

Thomas, B. L., Karl, J. M., & Whishaw, I. Q. (2015). Independent development of the reach and the grasp in spontaneous self-touching by human infants in the first 6 months. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1526.

Thurman, S. L., & Corbetta, D. (2019). Changes in posture and interactive behaviors as infants progress from sitting to walking: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, *10*, 822.

Tremblay, M. S., Chaput, J. P., Adamo, K. B., Aubert, S., Barnes, J. D., Choquette, L., Duggan, M., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Gray, C. E., Gruber, R., Janson, K., Janssen, I., Janssen, X., Garcia, A. J., Kuzik, N.,, LeBlanc, C., MacLean, J. Okely, A. D., Poitras, V. J., Rayner, M., Reilly, J. J., Sampson, M., Spence, J. C., Timmons, B. W. & Carson, V. (2017). Canadian 24-hour movement guidelines for the early years (0–4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC Public Health*, *17*(5), 1-32.

Uzark, K., Smith, C., Yu, S., Lowery, R., Tapley, C., Romano, J. C., & Butcher, J. (2021). Evaluation of a "tummy time" intervention to improve motor skills in infants after cardiac surgery. *Cardiology in the Young*, 1-6.

van der Fits, I. B., Flikweert, E. R., Stremmelaar, E. F., Martijn, A., & Hadders-Algra, M. (1999). Development of postural adjustments during reaching in preterm infants. *Pediatric Research*, *46*(1), 1-7.

Vanderloo, L. M., & Tucker, P. (2015). An objective assessment of toddlers' physical activity and sedentary levels: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *15*(1), 1-10.

van Schaik, S. D., Oudgenoeg-Paz, O., & Atun-Einy, O. (2018). Cross-cultural differences in parental beliefs about infant motor development: A quantitative and qualitative report of middle-class Israeli and Dutch parents. *Developmental Psychology*, *54*(6), 999.

Van Sleuwen, B. E., Engelberts, A. C., Boere-Boonekamp, M. M., Kuis, W., Schulpen, T. W., & L'Hoir, M. P. (2007). Swaddling: a systematic review. *Pediatrics*, *120*(4), e1097-e1106.

van Vlimmeren, L. A., Engelbert, R. H., Pelsma, M., Groenewoud, H. M., Boere-Boonekamp, M. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2017). The course of skull deformation from birth to 5 years of age: a prospective cohort study. *European Journal of Pediatrics*, *176*(1), 11-21.

Viholainen, H., Ahonen, T., Cantell, M., Tolvanen, A., & Lyytinen, H. (2006). The early motor milestones in infancy and later motor skills in toddlers: a structural equation model of motor development. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *26*(1-2), 91-113.

von Hofsten, C. (1991). Structuring of early reaching movements: A longitudinal study. *Journal of Motor Behavior*, *23*(4), 280-292.

Walle, E. A., & Campos, J. J. (2014). Infant language development is related to the acquisition of walking. *Developmental Psychology*, *50*(2), 336.

Wallon, H. (1941). *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris: Armand Colin.

Wang, M. V., Lekhal, R., Aarø, L. E., & Schjølberg, S. (2014). Co-occurring development of early childhood communication and motor skills: Results from a population-based longitudinal study. *Child: Care, Health and Development*, *40*(1), 77-84.

Wentz, E. E. (2017). Importance of initiating a "tummy time" intervention early in infants with Down syndrome. *Pediatric Physical Therapy*, *29*(1), 68-75.

West, K. L., & Iverson, J. M. (2021). Communication changes when infants begin to walk. *Developmental Science*, *e13102*. WHO Multicentre Growth Reference Study Group, and de Onis, M. (2006). WHO motor development study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatrica 95*, 86–95.

Wijtzes, A. I., Kooijman, M. N., Kiefte-de Jong, J. C., De Vries, S. I., Henrichs, J., Jansen, W., ... & Raat, H. (2013). Correlates of physical activity in 2-year-old toddlers: the generation R study. *The Journal of Pediatrics*, *163*(3), 791-799.

Zafeiriou, D. I. (2004). Primitive reflexes and postural reactions in the neurodevelopmental examination. *Pediatric Neurology*, *31*(1), 1-8.

Zeng, N., Ayyub, M., Sun, H., Wen, X., Xiang, P., & Gao, Z. (2017). Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: a systematic review. *BioMed Research International*, 2017.

6.10: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

7: Desarrollo sensorial y perceptivo

7.1: Introducción
7.2: Desarrollo sensorial
7.3: Desarrollo perceptivo
7.4: Percepción y acción
7.5: Estudiar el desarrollo sensorial
7.6: Diferencias de procesamiento sensorial
7.7: Conclusión
7.8: Referencias
7.9: ¿Qué es la percepción?

7: Desarrollo sensorial y perceptivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.1: Introducción

Introducción al desarrollo sensorial y perceptivo

El desarrollo sensorial y perceptivo es un aspecto crucial del desarrollo que a menudo se pasa por alto. Nuestro sistema sensorial comienza a formarse en el útero y continúa desarrollándose hasta la edad adulta. Es importante señalar que los factores genéticos, ambientales y de estrés pueden afectar al sistema sensorial. Tenemos los ojos (la vista), los oídos (el sonido), la nariz (el olfato), la lengua (el gusto), el tacto (la piel) y otros dos sentidos menos conocidos, pero igualmente importantes: el vestibular (oído interno) y el propioceptivo (grandes grupos musculares).

7.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.2: Desarrollo sensorial

Visión general del desarrollo sensorial

A medida que los bebés y los niños crecen, sus sentidos desempeñan un papel fundamental para fomentar y estimular la mente y ayudarlos a observar su entorno. Hay dos términos que son esenciales cuando se aprende sobre los sentidos. El primero es la **sensación:** la interacción de la información con los receptores sensoriales. El segundo es la **percepción:** el proceso de interpretación de lo percibido. Alguien puede sentir algo sin percibirlo. Poco a poco, los bebés se vuelven más capaces de percibir con sus sentidos, lo que los hace más conscientes de su entorno y les presenta más posibilidades u oportunidades para interactuar con los objetos.[1]

Visión

¿Qué pueden ver, oír y oler los bebés? Las capacidades sensoriales de los recién nacidos son importantes, pero sus sentidos aún no están completamente desarrollados. Muchas de las preferencias innatas de un recién nacido facilitan la interacción con los cuidadores y otros seres humanos. El vientre materno es un entorno oscuro y sin estímulos visuales. Por lo tanto, la visión es el sentido menos desarrollado al nacer. Los recién nacidos normalmente no pueden ver más allá de 8 a 16 pulgadas (20 a 40 cm) de su cara, tienen dificultades para fijar la vista en un objeto en movimiento y pueden detectar el contraste más que las diferencias de color. Si alguna vez ha visto a un recién nacido esforzarse por ver, podrá apreciar los esfuerzos cognitivos que se realizan para recibir la estimulación visual y construir esas vías neuronales entre los ojos y el cerebro.

Aunque la visión es su sentido menos desarrollado, los recién nacidos ya prefieren las caras. Cuando mira a una persona, ¿a dónde mira? Lo más probable es que los mires a los ojos. Si es así, ¿por qué? Probablemente se deba a que allí hay más información que en otras partes de la cara. Los recién nacidos no escanean los objetos de esta manera, sino que tienden a mirar la barbilla u otra parte de la cara menos detallada. Sin embargo, a los 2 o 3 meses, buscarán más detalles cuando exploren visualmente un objeto y empezarán a mostrar preferencias por imágenes inusuales frente a las familiares, por patrones frente a sólidos, caras frente a patrones y objetos tridimensionales frente a imágenes planas. Los recién nacidos tienen dificultades para distinguir los colores, pero a los pocos meses son capaces de distinguirlos tan bien como los adultos. Los bebés también pueden percibir la profundidad, ya que la visión binocular se desarrolla alrededor de los 2 meses. A los 6 meses, el bebé puede percibir la profundidad en las imágenes (Sen, Yonas & Knill, 2001). Los bebés que tienen experiencia en gatear y explorar prestarán más atención a las señales visuales de profundidad y modificarán sus acciones en consecuencia (Berk, 2007).[1]

Audición

El sentido del oído del bebé es muy agudo al nacer. La capacidad de oír se pone de manifiesto a partir del 5.º mes de desarrollo prenatal. Los bebés pueden distinguir entre sonidos muy similares ya al mes de nacer y pueden diferenciar entre la voz de un familiar y la de un extraño incluso antes. Los bebés de pocos días de vida prefieren las voces humanas, escuchan las voces durante más tiempo que los sonidos que no implican habla (Vouloumanos & Werker, 2004), y parecen preferir la voz de su madre a la de un extraño (Mills & Melhuish, 1974). En un experimento interesante, bebés de 3 semanas recibieron chupetes que reproducían una grabación de la voz de la madre del bebé y de la voz de un extraño. Cuando los bebés oían la voz de su madre, chupaban con más fuerza el chupete (Mills & Melhuish, 1974). Parte de esta capacidad se pierde a los 7 u 8 meses, ya que el niño se familiariza con los sonidos de una lengua concreta y es menos sensible a los sonidos que forman parte de una lengua desconocida.[1]

Dolor y tacto

Inmediatamente después de nacer, un recién nacido es sensible al tacto y a la temperatura, y también es sensible al dolor, al que reacciona con llanto y respuestas cardiovasculares. Los recién nacidos a los que se les practica **la circuncisión** (extirpación quirúrgica del prepucio del pene) sin anestesia experimentan dolor, como lo demuestra el aumento de la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca, la disminución del oxígeno en la sangre y el aumento de las hormonas del estrés (United States National Library of Medicine, 2016). Según la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP), la circuncisión tiene beneficios y riesgos médicos. No recomiendan la circuncisión rutinaria. Sin embargo, afirman que debido a los posibles beneficios (como la prevención de infecciones del tracto urinario, cáncer de pene y algunas ETS), los padres deberían tener la opción de circuncidar a sus hijos si así lo desean (AAP, 2012).[1]

El sentido del tacto es agudo en los bebés y es esencial para el crecimiento de sus capacidades físicas, sus habilidades lingüísticas y cognitivas, y su competencia socioemocional. El tacto no sólo influye en el desarrollo a corto plazo durante la lactancia y la

primera infancia, sino que también tiene efectos a largo plazo, lo que sugiere el poder del tacto positivo y suave desde el nacimiento. A través del tacto, los bebés aprenden sobre su mundo, establecen vínculos con sus cuidadores y comunican sus necesidades y deseos.

Las investigaciones destacan los importantes beneficios del tacto para los bebés prematuros, pero se ha demostrado que la presencia de ese contacto beneficia a todos los niños (Stack, D. M., 2010). En un ejemplo extremo, algunos niños de Rumanía fueron criados en orfanatos en los que un solo cuidador debía atender hasta 10 niños a la vez. A estos niños, usualmente no se les ayudaba ni daba juguetes con los que jugar. Como resultado, muchos de ellos presentaron retraso en el desarrollo (Nelson, Fox & Zeanah, 2014).[1]

Sabor y olor

Los bebés no sólo son sensibles al tacto, sino que también pueden distinguir entre sabores agrios, amargos, dulces y salados, y muestran preferencia por los sabores dulces. Pueden distinguir entre el olor de su madre y el de otros, y prefieren el olor de su madre. Un recién nacido colocado sobre el pecho de su madre se acercará al pecho de ésta, ya que es una potente fuente del olor materno. Incluso en el primer día de vida, los bebés se orientan al olor de su madre y se calman con el olor de su madre tras llorar (Sullivan et al., 2011).[1]

Otros sentidos

Los recién nacidos pueden distinguir entre los sabores ácido, amargo, dulce y salado, y prefieren los sabores dulces. Son sensibles al tacto y pueden diferenciar entre el olor de su madre y el de otros.[2]

Referencias

[1] Psyc 200 Lifespan Psychology. **Escrito por** Laura Overstreet. ***CC BY: Atribución***

[2] The Brain in the First Two Years. **Proporcionado por** Lumen Learning, Lifespan Development ***CC BY: Atribución***

7.2: Desarrollo sensorial is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.3: Desarrollo perceptivo

Introducción al desarrollo perceptivo

Las habilidades perceptivas de los bebés están en funcionamiento durante cada momento de vigilia. Por ejemplo, estas habilidades pueden observarse cuando un bebé mira a los ojos de su cuidador o distingue entre personas conocidas y desconocidas. Los bebés utilizan la percepción para distinguir las características del entorno, como la altura, la profundidad y el color. “Hoy en día se reconoce que el bebé humano es 'perceptivamente competente'; determinar cómo funcionan los sentidos en la infancia ayuda a especificar el mundo perceptivo de los bebés” (Bornstein 2005, p. 284). Los bebés exploran los objetos de forma diferente según sus características, como el peso, la textura, el sonido o la rigidez (Palmer, 1989). Es posible que los padres y los profesionales hayan observado que los niños pequeños exploran una pendiente, como un tobogán, tocándola con las manos o los pies antes de decidir si se deslizan por ella. Las investigaciones de Adolph, Eppler y Gibson (1993) sugieren que el aprendizaje desempeña un papel en la toma de decisiones de los niños pequeños en situaciones de riesgo físico, como la navegación por pendientes, y que el comportamiento exploratorio puede ser un medio para este aprendizaje. La percepción también está muy relacionada con el ámbito socioemocional, como cuando los niños pequeños perciben las diferencias entre diversas expresiones faciales y llegan a comprender lo que pueden significar.[1]

Referencias

[1] California Department of Education (CDE Press). *Perceptual and Motor Development* se utiliza con permiso.

7.3: Desarrollo perceptivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.4: Percepción y acción

Ciclo de percepción y acción

Un diagrama con una flecha que apunta a ambos lados describe mejor la relación entre la percepción y la acción. La percepción selecciona los objetivos de la acción y nos ayuda a corregir los errores mientras ejecutamos las acciones. A grandes rasgos, existen dos tipos de acciones: la navegación (desplazarnos por nuestro entorno) y el alcance/agarre.[1]

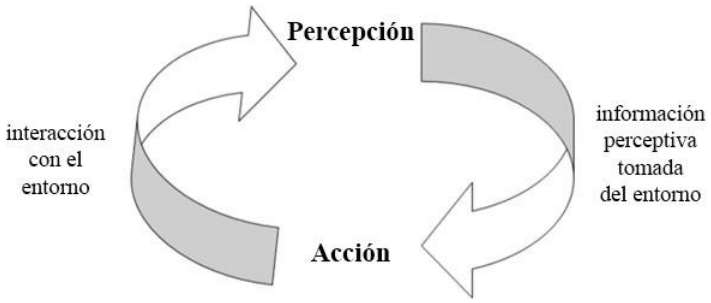


Figura 7.4.1: Muestra la relación entre la percepción y la acción, descrita como un ciclo o flechas que apuntan hacia adelante y hacia atrás. Un ejemplo de este ciclo es cuando se estira la mano para tomar una botella que está en una superficie inclinada: Banks et al. (2000) demostraron que el sentido del tacto actualiza las estimaciones visuales de la jerga de la superficie. ([1])

Referencias

[1] Hamill, J., Lim, J., & van Emmerik, R. (2020). Locomotor Coordination, Visual Perception and Head Stability during Running
CC BY

7.4: Percepción y acción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.5: Estudiar el desarrollo sensorial

El estudio del desarrollo sensorial

Se sigue discutiendo y debatiendo si el desarrollo de los procesos multisensoriales es innato (aunque indudablemente también se sintoniza con las experiencias del entorno) o, por el contrario, se desarrolla después de que el niño tenga varios meses de experiencias con el mundo sensorial (Dionne-Dostie et al., 2015). Aunque los estudios objetivos y cuantitativos en niños muy pequeños son un reto, en un estudio realizado por Lewkowicz & Turkewitz (1980) se midieron las frecuencias cardíacas de los bebés de 3-4 semanas. Dicho estudio demostró que estos niños podían asociar las intensidades de luz y sonido. Resultados más recientes han demostrado que los recién nacidos pueden igualar la numerosidad a través de los sentidos (Izard et al., 2009) y que los bebés de 4 meses son sensibles a la congruencia espacial de los eventos auditivo-táctiles (Thomas et al., 2018). Sin embargo, una de las limitaciones de la mayoría de los estudios sobre bebés y niños pequeños es que suelen basarse en medidas de comportamiento apropiadas para los niños, como la mirada preferente. En consecuencia, proporcionan una visión limitada de los supuestos mecanismos neurobiológicos y de la maduración de los procesos multisensoriales.[1]

Referencias

[1] Maitre, N. L., Key, A. P., Slaughter, J. C. *et al.* Neonatal Multisensory Processing in Preterm and Term Infants Predicts Sensory Reactivity and Internalizing Tendencies in Early Childhood. *CC BY*

7.5: Estudiar el desarrollo sensorial is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.6: Diferencias de procesamiento sensorial

Comprender las diferencias de procesamiento sensorial

El procesamiento y la integración sensoriales son funciones complejas del neurodesarrollo que permiten a los niños regular, percibir, discriminar y utilizar la información sensorial que reciben del entorno y de su cuerpo para responder, aprender y adaptarse a la vida diaria de forma eficaz. El trastorno del procesamiento sensorial (Sensory Processing Disorder, SPD) ha sido descrito como un trastorno del neurodesarrollo distinto en la literatura (Schoen et al., 2009; Jorquera-Cabrera et al., 2017; Crasta et al., 2020). Actualmente se ha reconocido en la versión más reciente de la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y del desarrollo de la infancia y la niñez temprana-revisada (DC, [diagnostic classification]: 0-5, de cero a tres). Las capacidades de procesamiento sensorial se desarrollan de forma natural y desempeñan un papel esencial en el aprendizaje del niño, la regulación del comportamiento y las emociones, el desarrollo motor y la realización de tareas. El trastorno del procesamiento sensorial se ha definido como la incapacidad del cerebro de organizar la información sensorial para utilizarla adecuadamente. Como se indica en la DC: 0-5, de cero a tres, el SPD se diagnostica en función de las dificultades para detectar, modular, interpretar u organizar los estímulos sensoriales hasta el punto de que estos déficits perjudican el funcionamiento y la participación diarios. Sin embargo, la cuestión de si los déficits en el procesamiento sensorial representan los síntomas de otro trastorno, como el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno del desarrollo de la coordinación (developmental coordination disorder, DCD) o si el SPD es un trastorno diferente subsisten (Borkowska & Sklodowska, 2017).[1]

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), 2012 recomendó que generalmente no se debe diagnosticar el SPD y citan que no hay un marco universalmente aceptado para su diagnóstico. Aunque se reconocía que era importante identificar y tratar los problemas de procesamiento sensorial, la AAP afirmaba que no había evidencia que demostrara de forma sólida que los niños que presentaban problemas sensoriales tuvieran un “trastorno” real de las vías sensoriales del cerebro. Concluyeron que los déficits de procesamiento sensorial estaban probablemente asociados a otros trastornos del desarrollo y del comportamiento. Sin embargo, este punto de vista no tiene en cuenta a los niños que presentan déficits de procesamiento sensorial que afectan su vida diaria y que no cumplen los criterios de diagnóstico de ningún otro trastorno.[1]

Los expertos en la materia distinguen entre tres tipos de tSPD (Trastornos de procesamiento témporo-espacial):[1]

- **Trastorno de modulación sensorial (sensory modulation disorder, SMD):** refiere a la capacidad de notar y reaccionar, regular, adaptarse y graduar las respuestas adecuadas a las situaciones sensoriales que se experimentan en la vida diaria.
- **Trastorno de discriminación sensorial (sensory discrimination disorder, SDD):** refiere a los problemas para percibir e interpretar la información sensorial que llega o se experimenta desde uno o más de los sistemas sensoriales (Miller et al., 2007; Lane & Reynolds, 2020; Parham & Mailloux, 2020). Las capacidades de discriminación permiten reconocer las características sensoriales cualitativas y cuantitativas y las diferencias entre los distintos objetos y experiencias procesadas a través de los sistemas sensoriales. Las personas con este tipo pueden registrar los estímulos sensoriales. Sin embargo, apreciar o detectar las cualidades de un determinado estímulo es un reto y puede ocurrir con uno o más sistemas sensoriales.
- **Trastorno motor de base sensorial (sensory-based motor disorder, SBMD):** se divide, a su vez, en subtipos (Miller et al., 2007).
    - **Exceso de respuesta sensorial (sensory over-responsivity, SOR):** Los comportamientos atípicos asociados al SOR se caracterizan por respuestas intensas y exageradas a eventos sensoriales que la mayoría de los niños no perciben como negativos u odiosos, y que a menudo dan lugar a comportamientos de retraimiento y evitación.
    - **Insuficiencia de respuesta sensorial (sensory under-responsivity, SUR):** Los comportamientos atípicos asociados a la SUR incluyen respuestas apagadas o lentas a las experiencias sensoriales, a menudo con una aparente falta de conciencia, letargo y/o indiferencia, o disminución de la capacidad de respuesta.
    - **Ansiedad sensorial (sensory craving, SC):** a veces se denomina “búsqueda sensorial”. El comportamiento atípico asociado a la SC incluye la necesidad de una entrada sensorial más intensa que la que se desearía típicamente, o que se produciría de forma natural, manifestándose a menudo como un comportamiento inapropiado, disruptivo, desorganizado y/o arriesgado (Miller et al., 2007, 2017; James et al., 2011; Schoen et al., 2014).

Las estimaciones de prevalencia del SPD oscilan entre el 5 y el 16 % de los niños de la población general, mientras que se ha estimado que entre el 60 y el 90 % de los niños con trastorno de neurodesarrollo coexistentes, como el trastorno del espectro autista (TEA), tienen problemas sensoriales (Ahn et al., 2004; Ben-Sasson et al., 2009; James et al., 2011; Galiana-Simal et al., 2020; Jussila et al., 2020). Mulligan et al. (2019) informaron que el 20 % de los niños de su muestra tenían un trastorno concurrente, mientras que el 80 % restante no había sido diagnosticado con otro trastorno de neurodesarrollo.[1]

Lamentablemente, existe un número limitado de herramientas de evaluación diagnóstica para evaluar las capacidades de procesamiento sensorial de los niños, y no se dispone de ninguna herramienta para identificar y medir explícitamente los tipos de SPD tal y como describen Miller et al. (2007).[1]

Se están acumulando pruebas de investigación sobre cómo se manifiestan los déficits de procesamiento sensorial en varias poblaciones y cómo se puede diferenciar el iSPD entre los niños con otros trastornos de neurodesarrollo. Hasta el 90 % de los niños con TEA tienen dificultades de procesamiento sensorial, y el patrón más común del SPD es el subtipo de modulación SOR (Schoen et al., 2009; Tavassoli et al., 2014; Tomchek et al., 2014; Little et al., 2018). Los niños con TEA eran menos reactivos a los estímulos auditivos, pero más reactivos a los gustativos y olfativos.

La insuficiencia de respuesta sensorial se ha asociado con los síntomas depresivos y las conductas de interiorización, mientras que las conductas de exteriorización se han relacionado más con la ansiedad sensorial y la reactividad excesiva. Los estudios que demuestran cómo los síntomas de los niños con iSPD difieren de los que se observan en niños con otros trastornos de neurodesarrollo, como el TDAH y el TEA, son especialmente relevantes para apoyar el SPD como entidad diagnóstica propia. Miller et al. (2012) compararon los resultados de la evaluación clínica entre muestras de neurotípicos, niños con TDAH, aquellos con SMD y aquellos con diagnóstico dual. Todos los grupos clínicos tenían significativamente más dificultades sensoriales, emocionales, de atención, de actividad y de impulsividad que los niños típicos.[1]

Referencias

[1] Mulligan S., Douglas S. & Armstrong C. (2021) Characteristics of Idiopathic Sensory Processing Disorder in Young Children **CC BY**

7.6: Diferencias de procesamiento sensorial is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.7: Conclusión

Conclusión del desarrollo sensorial y perceptivo

El desarrollo sensorial y perceptivo es intrigante y es algo que los cuidadores de bebés y niños pequeños deben entender e incorporar en sus prácticas de cuidado. El desarrollo del sistema sensorial comienza en el útero y no termina. El plan de estudios para bebés y niños pequeños debe incluir múltiples opciones de experiencias sensoriales a lo largo del día, todos los días. La importancia del desarrollo sensorial y perceptivo debe exponerse con frecuencia a las familias y a los cuidadores, ya que sienta las bases para la vida desde el principio.

7.7: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.8: Referencias

Adolph, K. E., & A. S. Joh. 2007. “Motor Development: How Infants Get Into the Act,” in Introduction to Infant Development (Segunda edición). Editado por A. Slatera & M. Lewis. Nueva York: Oxford University Press.

Adolph, K. E. 1997. “Learning in the Development of Infant Locomotion,” Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 62, No. 3, Serial No. 251

Adolph, K. E., & S. E. Berger. 2005. “Physical and Motor Development,” in Developmental Science: An Advanced Textbook (Quinta edición). Editado por M. H. Bornstein & M. E. Lamb. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Adolph, K. E., & S. E. Berger. 2006. “Motor Development,” in Handbook of Child Psychology: Volumen 2: Cognition, Perception, and Language (Sexta edición). Editores de la serie: W. Damon & R. Lerner. Editores del volumen: D. Kuhn et al. Nueva York: John Wiley & Sons.

Adolph, K. E., & A. M. Avolio. 2000. “Walking Infants Adapt Locomotion to Changing Body Dimensions,” *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, Vol. 26, No. 3, 1148-66.

Ahn, R. R., Miller, L. J., Milberger, S., & McIntosh, D. N. (2004). Prevalence of parents’ perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *Am. J. Occup. Ther.* 58, 287–293. doi: 10.5014/ajot.58.3.287

American Academy of Pediatrics [AAP] (2012). Policy statement: sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics* 129, 1186-1189. doi: 10.1542/peds.2012-0876

Bahrick, L. E.; R. Lickliter; & R. Flom. 2004. “Intersensory Redundancy Guides the Development of Selective Attention, Perception, and Cognition in Infancy,” *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 13, No. 3, 99–102.

Berk, L. (2007). *Development Through the Lifespan* (4.a edición) (p. 137). Pearson Education. ↵↵

Ben-Sasson, A., Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *J. Child Psychol.* 37, 705–716. doi: 10.1007/s10802-008-9295-8

Bertenthal, B. I., & S. M. Boker. 1997. “New Paradigms and New Issues: A Comment on Emerging Themes in the Study of Motor Development,” *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 62, No. 3, 141–51.

Bertenthal, B. I. 1996. “Origins and Early Development of Perception, Action and Representation,” *Annual Review of Psychology*, Vol. 47, 431–59.

Borkowska, A. R., & Sklodowska, M. C. (2017). Sensory processing disorders: diagnostic and therapeutic controversies. *Curr. Issues Pers. Psychol.* 5, 196–205. doi: 10.5114/cipp.2017.70140

California Department of Education (CDE Press). *Perceptual and Motor Development*. se utiliza con permiso. Circumcision Policy Statement. *Pediatrics*. Recupertado de **https://pediatrics.aappublications.org/content/130/3/585** ↵↵

Crasta, J. E., Salzinger, E., Lin, M. H., Gavin, W. J., & Davies, P. L. (2020). Sensory processing and attention profiles among children with sensory processing disorders and autism spectrum disorders. *Front. Integr. Neurosci*. 14:22. doi: 10.3389/fnint.2020.00022

Diamond, A. 2007. “Interrelated and Interdependent,” *Developmental Science*, Vol. 10, No. 1, 152–58.

Dionne-Dostie, E., Paquette, N., Lassonde, M., Gallagher, A. (2015) Multisensory integration and child neurodevelopment. Brain Sci 5:32-57. https://doi.org/10.3390/brainsci5010032

Galiana-Simal, A., Vela-Romero, M., Romero-Vela, V., Oliver-Tercero, N., García-Olmo, V., Benito-Castellanos, P. J., et al. (2020). Sensory processing disorder: key points of a frequent alteration in neurodevelopmental disorders. *Cogent. Med.* 7:1. doi: 10.1080/2331205X.2020.1736829

Gibson, E. J. 1988. “Exploratory Behavior in the Development of Perceiving, Acting and the Acquiring of Knowledge,” *Annual Review of Psychology*, Vol. 39, No. 1, 1–41.

Hamill, J., Lim, J., & van Emmerik, R. (2020). Locomotor Coordination, Visual Perception and Head Stability during Running. *Brain Sciences*, *10*(3), 174. MDPI AG. Recuperado de http://dx.doi.org/10.3390/brainsci10030174 su artículo es de acceso abierto y se distribuye bajo la **Licencia de Atribución de Creative Commons** que permite el uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite adecuadamente la obra original.

Izard, V., Sann, C., Spelke, ES., Streri, A. (2009) Newborn infants perceive abstract numbers. Proc Natl Acad Sci USA 106:10382–10385. https://doi.org/10.1073/pnas.0812142106

James, K., Miller, L. J., Schaaf, R., Nielsen, D. M., & Schoen, S. A. (2011). Phenotypes within sensory modulation dysfunction. *Compr. Psychiary.* 52, 715–724. doi: 10.1016/j.comppsych.2010.11.010

Jussila, K., Junttila, M., Kielinen, M., Ebeling, H., Joskitt, L., Moilanen, I., et al. (2020). Sensory abnormality and quantitative autism traits in children with and without Autism spectrum disorder in an epidemiological population. *J. Autism Dev. Disord.* 50, 180–188. doi: 10.1007/s10803-019-04237-0

James, K., Miller, L. J., Schaaf, R., Nielsen, D. M., & Schoen, S. A. (2011). Phenotypes within sensory modulation dysfunction. *Compr. Psychiary.* 52, 715–724. doi: 10.1016/j.comppsych.2010.11.010

Jorquera-Cabrera, S., Romero-Ayuso, D., Rodríguez-Gil, G., y Triviño-Juárez, J. M. (2017). Assessment of sensory processing characteristics in children between 3 and 11 years old: a systematic review. *Front. Pediatr.* 5:57. doi: 10.3389/fped.2017.00057

Little, L. M., Dean, E., Tomchek, S., & Dunn, W. (2018). Sensory processing patterns in autism, attention deficit hyperactivity disorder, and typical development. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 38, 243–254. doi: 10.1080/01942638.2017.1390809

Lane, S., & Reynolds, S. (2020). “Sensory discrimination function and disorders,” in *Sensory Integration Theory and Practice*, 3rd Edn, eds A. Bundy & S. Lane (Philadelphia, PA: F.A. Davis), 181–205.

Lewkowicz DJ, Turkewitz G (1980) Cross-modal equivalence in early infancy: auditory-visual intensity matching. Dev Psychol 16:597–607. https://doi.org/10.1037/0012-1649.16.6.597

Miller, L. J., Anzalone, M., Lane, S., Cermak, S., & Osten, E. (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *Am. J. Occup. Ther.* 61, 135–140. doi: 10.5014/ajot.61.2.135

Miller, L. J., Nielson, D. M., & Schoen, S. A. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of behavior and physiology. *Res. Dev. Disabil.* 33, 804–818. doi: 10.1016/j.ridd.2011.12.005

Mulligan, S., Schoen, S., Miller, L., Valdez, A., Wiggins, A., Hartford, B., et al. (2019). Initial studies of validity of the sensory processing 3-dimensions scale. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 39, 94–106. doi: 10.1080/01942638.2018.1434717

Mulligan, S., Douglas, S. & Armstrong, C. (2021). Characteristics of Idiopathic Sensory Processing Disorder in Young Children. *Front. Integr. Neurosci.* 15:647928. doi: 10.3389/fnint.2021.647928 **Licencia de atribución de Creative Commons (CC BY)**

Maitre, N.L., Key, A.P., Slaughter, J.C. *et al.* Neonatal Multisensory Processing in Preterm and Term Infants Predicts Sensory Reactivity and Internalizing Tendencies in Early Childhood. *Brain Topogr* **33,** 586–599 (2020). https://doi.org/10.1007/s10548-020-00791-4

Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). Romania's abandoned children: Deprivation, brain development, and the struggle for recovery. Cambridge, MA, y Londres, Inglaterra: Harvard University Press. ↵

Parham, D., & Mailloux, Z. (2020). “Sensory integration,” in *Case Smith’s Occupational Therapy for Children and*

Adolescents, 8th Edn, eds J. Clifford O’Brian & H. Kuhaneck’s (St. Louis, MO: Elsevier Inc.), 516-549.

Psyc 200 Lifespan Psychology. **Escrito por** Laura Overstreet. **Alojado en http://opencourselibrary.org/econ- 201/. Licencia**: ***CC BY: Atribución***

Schoen, S. A., Miller, L. J., Brett-Green, B. A., & Nielsen, D. M. (2009). Physiological and behavioral differences in sensory processing: a comparison of children with Autism spectrum disorder and sensory modulation disorder. *Front. Integr. Neurosci* 3:29. doi: 10.3389/neuro.07.029.2009/full

Stack, D. M. (2010). Touch and Physical Contact during Infancy: Discovering the Richness of the Forgotten Sense. The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development, 532-567

Sullivan, R., Perry, R., Sloan, A., Kleinhaus, K., & Burtchen, N. (2011). Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. Clinics in perinatology, 38(4), 643–655. doi:10.1016/j.clp.2011.08.011 ↵

Tamis-LeMonda, C. S., & K. E. Adolph. 2005. “Social Cognition in Infant Motor Action,” in The Development of Social Cognition and Communication. Editado por B. Homer & C. S. Tamis-LeMonda. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Thelen, E. 1995. “Motor Development: A New Synthesis," *American Psychologist*, Vol. 50, No. 2, 79–95.

The Brain in the First Two Years. **Proporcionado por** Lumen Learning, Lifespan Development. Alojado **en**: **https://courses.lumenlearning.com/lifespandevelopment2/chapter/physical-development/**. **Licencia**: ***CC BY: Attribution***

Tavassoli, T., Brandes-Aitken, A., Chu, R., Porter, L., Schoen, S., Miller, L. J., et al. (2019). Sensory over-responsivity: parent report, direct assessment measures, and neural architecture. *Mol. Autism* 10:4. doi: 10.1186/s13229-019-0255-7

Thomas RL Misra R, Akkunt E, Ho C, Spence C, Bremner AJ. (2018). Sensitivity to auditory-tactile colocation in early infancy. Dev Sci. https://doi.org/10.1111/desc.12597

Tomchek, S. D., Huebner, R. A., & Dunn, W. (2014). Patterns of sensory processing in children with an autism spectrum disorder. *Res. Autism Spectr. Disord*. 8, 1214–1224. doi: 10.1016/j.rasd.2014.06.006

von Hofsten, C. 2007. “Action in Development,” *Developmental Science*, Vol. 10, No. 1, 54–60.

7.8: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

7.9: ¿Qué es la percepción?

Percepción

La percepción es el proceso de captación, organización e interpretación de la información sensorial. La percepción es multimodal, con múltiples entradas sensoriales que contribuyen a las respuestas motoras (Bertenthal, 1996). El hecho de que un bebé gire la cabeza en respuesta a las señales visuales y auditivas al ver un rostro y escuchar el sonido de una voz ejemplifica este tipo de percepción: “el hecho de que los sentidos proporcionan información superpuesta (...) es una piedra angular del desarrollo perceptivo” (Bahrick, Lickliter & Flom 2004).[1]

A medida que los bebés desarrollan una mayor competencia motriz, utilizan la información perceptiva para decidir qué acciones motrices realizar (Adolph & Joh, 2007). Por ejemplo, pueden ajustar su forma de gatear o caminar en respuesta a la rigidez, el carácter resbaladizo o la inclinación de las superficies (Adolph, 1997). Los movimientos motores, incluidos los de los ojos, los brazos, las piernas y las manos, proporcionan la mayor parte de la información perceptiva que reciben los bebés (Adolph & Berger 2006).

El cuerpo de los niños pequeños experimenta cambios notables en los primeros años de vida. Al describir este desarrollo, Adolph y Avolio (2000, p. 1148) afirman: “Los recién nacidos tienen la mayor parte de su peso en la parte superior del cuerpo: cabezas y torsos grandes, y piernas cortas y débiles. A medida que los bebés crecen, su grasa corporal y su masa muscular se redistribuyen.[1]

A diferencia de los recién nacidos, el cuerpo de los niños pequeños tiene una forma más cilíndrica y una mayor proporción de masa muscular respecto a la grasa corporal, especialmente en las piernas”. Estos cambios en el peso, tamaño, porcentaje de grasa corporal y fuerza muscular suponen un reto perceptivo/motor para los bebés mientras practican diversas acciones (Adolph & Berger, 2006). Este espectacular desarrollo físico se produce en el amplio contexto del crecimiento general. A medida que los bebés dominan cada reto, su comportamiento perceptivo y motor refleja su entorno social.[1]

El alcance y la variedad del comportamiento perceptivo y motor de los bebés son notables. Los bebés y los niños pequeños pasan una parte importante de sus días realizando conductas motoras de un tipo u otro. A los tres meses y medio de edad, los bebés han realizado entre tres y seis millones de movimientos oculares durante sus horas de vigilia (Haith, Hazen & Goodman, 1988). Los bebés que gatean y caminan han pasado aproximadamente la mitad de sus horas de vigilia involucrados en el comportamiento motor, aproximadamente de cinco a seis horas al día (Adolph & Joh, 2007, p. 11). Los bebés que caminan a diario “...dan más de 9,000 pasos y recorren una distancia de más de 29 campos de fútbol. Recorren casi una decena de superficies diferentes, tanto interiores como exteriores, que varían en cuanto a fricción, rigidez y textura. Visitan casi todas las habitaciones de su casa, y practican el equilibrio y la locomoción en el contexto de diversas actividades” (Adolph & Berger, 2006, p. 181).

Las primeras investigaciones sobre el desarrollo motor incluían estudios de observación detallados que documentaban la progresión de las habilidades motoras de los bebés y presentaban una comprensión de la conducta motora infantil como una secuencia de pasos universales y biológicamente programados (Adolph & Berger, 2006; Bertenthal & Boker, 1997; Bushnell & Boudreau, 1993; Pick, 1989). En cambio, la investigación actual sobre el desarrollo motor suele hacer hincapié en la acción en el contexto del comportamiento y el desarrollo en los ámbitos perceptivo, cognitivo y social (Pick, 1989). En particular, los relatos contemporáneos del desarrollo motor infantil abordan (1) la fuerte relación entre la percepción y la acción (Bertenthal, 1996; Gibson, 1988; Thelen, 1995), (2) la relación entre las acciones y el entorno (Gibson, 1988; Thelen, 1995), y (3) la importancia de los motivos en la conducta motora, especialmente los motivos sociales y de exploración (von Hofsten, 2007). Cabe destacar el papel que desempeñan estos comportamientos y habilidades del desarrollo en los aspectos sociales/emocionales de la vida y el funcionamiento del niño, como la formación de relaciones tempranas y la comprensión de los demás.[1]

La perspectiva actual sugiere que el pensamiento sobre el desarrollo perceptivo/motor incluye a los bebés y niños pequeños con discapacidades u otras necesidades especiales. Los niños cuyas discapacidades afectan su desarrollo perceptivo o motor siguen queriendo explorar e interactuar con las personas y el entorno que los rodea. Aunque el desarrollo perceptivo y motriz de los niños con discapacidades u otras necesidades especiales puede seguir un camino que difiere de las trayectorias de desarrollo típicas, los cuidadores sensibles y receptivos pueden proporcionar formas alternativas para motivar a los niños a explorar, aprovechando sus intereses y puntos fuertes y apoyando su salud física y psicológica en general.[1]

Durante años, los investigadores, educadores y profesionales de la primera infancia han hecho hincapié en la interrelación de los ámbitos del desarrollo. La investigación actual avala una comprensión aún mayor de la relación y dependencia de los factores, dominios y procesos en el desarrollo (Diamond, 2007). Los dominios del desarrollo están relacionados con factores como la cultura, las relaciones sociales, la experiencia, la salud física, la salud mental y el funcionamiento del cerebro (Diamond, 2007). En

el caso del comportamiento perceptivo y motor, Diamond (2007) ha observado que la percepción, el comportamiento motor y la cognición se producen en el contexto de la cultura, la emoción, las relaciones sociales y la experiencia, lo que influye en la salud física y mental y en el funcionamiento general del cerebro. Bertenthal (1996) ha propuesto que la percepción y la acción motora son procesos interrelacionados y no autónomos. La mejor opción es considerarlos como diferentes componentes de un sistema. Comportamientos comunes como alcanzar y girar la cabeza para el seguimiento visual ilustran la interrelación de los dominios motor, perceptivo, cognitivo y socioemocional del desarrollo infantil. Incluso los niños muy pequeños están muy motivados para explorar, obtener información, atender y participar en su entorno físico y social (Gibson, 1987). Como Gibson (1988, p. 5) explica, no sólo vemos, sino que observamos. Las investigaciones de Berthier (1996, p. 811) indican que “el alcance de los bebés no es simplemente un programa neural que se activa por la presencia de un objeto meta, sino que los bebés hacen coincidir la cinemática de sus alcances con la tarea y sus objetivos”.

La percepción y la acción motriz desempeñan un papel fundamental en las experiencias y los procesos psicológicos de los niños (Thelen, 1995). También contribuyen al desarrollo psicológico humano ya que, en última instancia, “el comportamiento es movimiento” (Adolph & Berger 2005, p. 223), y la psicología puede definirse como el estudio del comportamiento humano. Se ha propuesto que el uso por parte de los bebés de la información social para guiar su comportamiento motor en situaciones físicamente desafiantes o desconocidas proporciona un medio excelente para estudiar la cognición social infantil (Tamis-LeMonda & Adolph, 2005).[1]

Referencias

[1] California Department of Education (CDE Press). *Perceptual and Motor Development*. Se utiliza con permiso.

7.9: ¿Qué es la percepción? is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

8: Descripción general del desarrollo cognitivo

8.1: Introducción
8.2: El estudio de la cognición de Jean Piaget
8.3: ¿Cómo se estudia la cognición de los bebés y los niños pequeños?
8.4: Hitos del desarrollo cognitivo entre los 2 y 36 meses de edad
8.5: Inquietudes relacionadas con el desarrollo cognitivo
8.6: Procesos cognitivos
8.6.1: Imitación
8.6.2: Categorización
8.6.3: Cognición numérica
8.6.4: Funciones ejecutivas
8.6.5: Autorregulación
8.6.6: Persistencia
8.6.7: Habilidades espaciales
8.6.8: Mentalidad y elogios
8.7: Conclusión
8.8: Referencias

8: Descripción general del desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.1: Introducción

Introducción al desarrollo cognitivo

Imagina todos tus pensamientos como si fueran entidades físicas, arremolinándose dentro de tu mente. ¿Cómo es posible que tu cerebro sea capaz de pasar de un pensamiento a otro de forma ordenada? Nuestro cerebro está siempre activo, ya que percibe, procesa, planifica, organiza y recuerda sin cesar. Al despertar cada mañana, empiezas a pensar y contemplar las tareas que debes realizar ese día. ¿En qué orden debes hacer tus recados? ¿Debes ir primero al banco, a la tintorería o al supermercado? ¿Puedes hacer estas cosas antes de ir a clase o tendrán que esperar hasta que terminen las clases? Estos pensamientos son un ejemplo de la cognición en funcionamiento. En pocas palabras, la cognición es el pensamiento y abarca los procesos asociados a la percepción, el conocimiento, la resolución de problemas, el juicio, el lenguaje y la memoria. En esta sección aprenderemos sobre el desarrollo de la cognición en la infancia y la niñez.[1]



Figura 8.1.1: Un niño que se detiene a examinar un bloque amarillo. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Spielman et al., (2020). Psicología. *OpenStax*. Con licencia CC by 4.0

[2] Imagen de Markus Spiske en Unsplash

8.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.2: El estudio de la cognición de Jean Piaget

Jean Piaget

El estudio científico del desarrollo cognitivo en los niños pequeños se remonta al siglo XX con Jean Piaget, pionero en el campo del desarrollo infantil (Piaget, 1954, 1983). Piaget describió a los niños como aprendices activos que, a través de continuas interacciones con su entorno, construyen una compleja comprensión del mundo físico que los rodea. Desde la infancia hasta la adolescencia, los niños pasan por cuatro etapas cognitivas: (1) la etapa sensoriomotora, desde el nacimiento hasta los 2 años (cuando el funcionamiento cognitivo se basa principalmente en los reflejos motores y las percepciones); (2) la etapa preoperacional, de los 2 a los 7 años (cuando el pensamiento simbólico y el lenguaje se hacen prevalentes, pero el razonamiento es ilógico para los estándares de los adultos); (3) la etapa operativa concreta, de los 7 a los 12 años (cuando surgen las capacidades de razonamiento lógico, pero se limitan a objetos y acontecimientos concretos); y (4) la etapa operativa formal, aproximadamente a los 12 años (cuando se hace posible el pensamiento sobre ideas abstractas, hipotéticas y contrarias a los hechos). La etapa sensoriomotora puede dividirse a su vez en seis subetapas. Las etapas sensoriomotoras dividen los dos primeros años de vida en fases. Cada subetapa se basa en la anterior a medida que se desarrolla la cognición del niño. Durante los primeros dos años, Piaget subrayó el papel central que desempeñan las capacidades sensoriales y motoras en el apoyo de la cognición temprana. Según Piaget, el desarrollo de la cognición del bebé y del niño pequeño está impulsado principalmente por las interacciones motoras y sensoriales con el entorno.[1]

Aunque la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget sigue siendo fundamental para entender la cognición de los bebés y los niños pequeños, la teoría de Piaget tiene muchas limitaciones. Por ejemplo, las investigaciones han revelado que los bebés tienen mecanismos internos de aprendizaje, no solo habilidades motoras y sensoriales, que impulsan el desarrollo cognitivo, como el sistema numérico automático y el aprendizaje estadístico (Saffran & Kirkham, 2018; Wang & Feigenson, 2021). Algunos investigadores creen que los bebés nacen con conocimientos básicos: sistemas innatos que ayudan a los bebés a aprender sobre el mundo físico y social que los rodea (Spelke & Kinzler, 2007; Stahl & Feigenson, 2019). Otra limitación de su teoría es que Piaget subestimó las capacidades cognitivas de los bebés y los niños pequeños. Por ejemplo, Piaget (1954) sugirió que la permanencia de los objetos no empezaba a desarrollarse hasta los 8 o 12 meses de edad, como indicaban los fallos de los bebés más pequeños en la búsqueda de objetos ocultos, pero se ha descubierto en las investigaciones desde entonces que la permanencia de los objetos se desarrolla mucho antes, alrededor de los tres o seis meses de edad (Baillargeon, 1987; Bremner, Slater & Johnson, 2015).[1]

Referencias

[1] Houdé & Borst (2014). Measuring inhibitory control in children and adults: brain imaging and mental chronometry. *Frontiers in Psychology*, *5*, 616. CC by 4.0

8.2: El estudio de la cognición de Jean Piaget is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.3: ¿Cómo se estudia la cognición de los bebés y los niños pequeños?

El estudio de la cognición

La comprensión emergente del mundo físico y social por parte de los bebés suele investigarse mediante experimentos basados en la violación de las expectativas. En los experimentos basados en la violación de las expectativas, los eventos inesperados que violan las reglas físicas o sociales conducen a diferentes respuestas en el comportamiento de la mirada de los bebés (Baillargeon, 2004), la dilatación de las pupilas (Jackson & Sirois, 2009) y las respuestas cerebrales (Köster, Langeloh & Hoehl, 2019). Por ejemplo, los bebés detectan eventos físicos imposibles, como una pelota que rueda a través de una pared (Spelke et al., 1992), cambios en los números, como cuando cambia el número de juguetes (Simon, Hespos & Rochat, 1995), o acciones humanas irracionales, como un pretzel que se pone en la oreja en lugar de la boca (Reid et al., 2009). Una interesante investigación sobre el desarrollo de la cognición moral utilizó el paradigma de la violación de las expectativas y un escenario de galletas, presentado en la Figura 8.3.1, para estudiar la posibilidad de que los bebés pequeños pueden esperar que los recursos se dividan por igual entre destinatarios similares (Dawkins, Sloane & Baillargeon, 2019). Los bebés de tan solo cuatro meses de edad esperaban que un experimentador dividiera dos galletas por igual entre dos marionetas animadas similares, y detectaron una violación (medida por un mayor tiempo de mirada) cuando el investigador las dividió de manera desigual en su lugar.[1] [2]

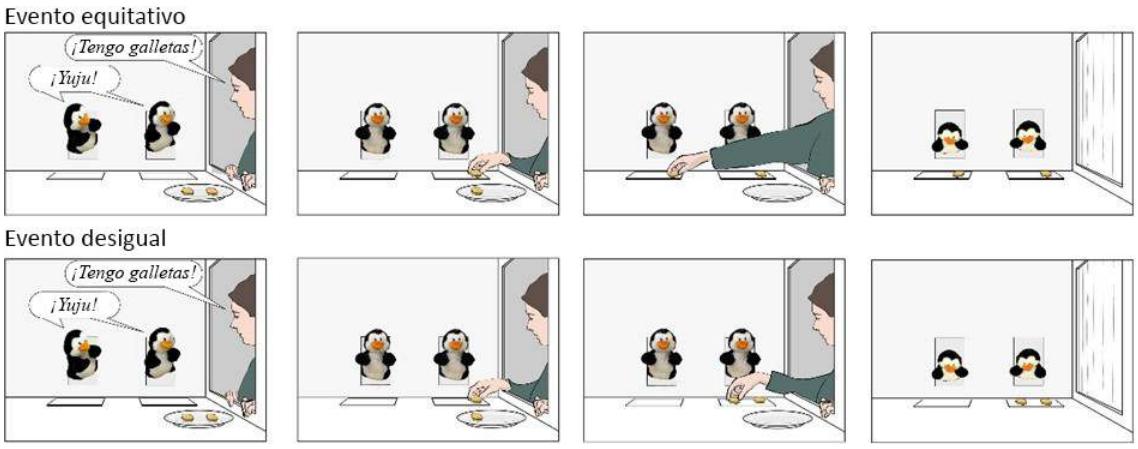


Figura 8.3.1: Ejemplo de cómo un experimento sobre cognición moral utilizó la violación de las expectativas. ([3])

Habituación es un segundo método habitual para estudiar la cognición en bebés y niños pequeños. Muchos estudios destacados sobre la cognición de los bebés en las últimas dos décadas se han basado en el hecho de que los bebés se habitúan a los estímulos repetidos, es decir, que sus tiempos de mirada suelen disminuir tras la presentación repetida del estímulo (Aslin, 2007; Oakes, 2010). La habituación es uno de los procesos cognitivos que surge más temprano en el desarrollo (Colombo & Mitchell, 2009) y refleja una forma básica de aprendizaje: una vez que un estímulo está totalmente codificado en la mente, el bebé se habitúa a él y demuestra una menor atención al estímulo. Los investigadores han descubierto que la duración del tiempo de habituación en la infancia representa hasta un 30 por ciento de la variación de la capacidad cognitiva a edades más avanzadas (Bornstein & Sigman, 1986; Colombo, 1993; Miller et al., 1980). Esto indica que la habituación proporciona una visión importante de la cognición temprana porque está relacionada con el desarrollo de capacidades cognitivas más complejas más adelante en la infancia.[4]

Para ilustrar cómo se utiliza la habituación para investigar la cognición, se exploró en un estudio la habituación visual de objetos en bebés y niños pequeños oyentes y sordos no signantes (Monroy et al., 2019). Se les mostró a los niños uno de los objetos de la Figura 8.3.2 hasta que se habituaron a él (tres ensayos consecutivos en los que el tiempo medio de mirada al estímulo fue menor o igual al 50 % del tiempo medio de mirada durante los tres primeros ensayos de habituación). Después de la habituación, se presentaron al bebé ensayos aleatorios que contenían un objeto nuevo (no mostrado en la fase de habituación) y el objeto familiar (mostrado en la fase de habituación). Los resultados revelaron que los bebés sordos tardaban más en habituarse y mostraban un índice de alejamiento de la mirada inferior al de los bebés oyentes. Las pruebas de estudios anteriores sugieren que la tasa de "alejamiento de la mirada" (breves desplazamientos de la mirada del estímulo objetivo durante la habituación) refleja la eficiencia del procesamiento y el control atencional (Bahrick et al., 2016). Una de las explicaciones de estos resultados es que el desarrollo cognitivo de los bebés sordos puede prolongarse debido al retraso en el desarrollo del lenguaje (estos bebés sordos ya tenían o estaban a la espera de recibir un implante coclear y todos ellos tenían un acceso limitado a un lenguaje totalmente accesible, como el lenguaje de señas).[4]

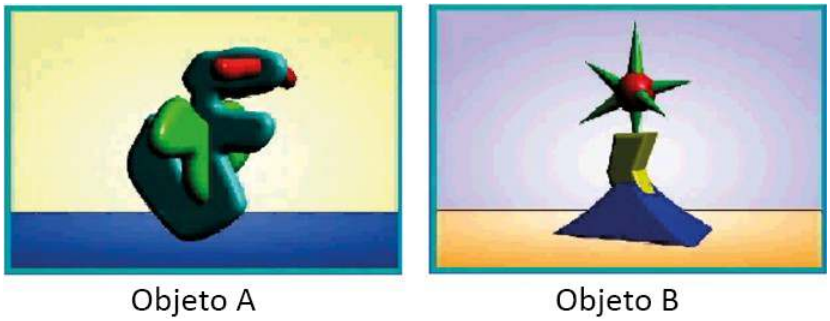


Figura 8.3.2: Ejemplos de objetos utilizados en un experimento de habituación de bebés. ([5])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Köster et al., (2020). Making sense of the world: infant learning from a predictive processing perspective. *Perspectives on Psychological Science, 15*(3), 562-571. CC by 4.0

[2] Buyukozer et al., (2019). Do infants in the first year of life expect equal resource allocations? *Frontiers in Psychology, 10*, 116. CC by 4.0

[3] Imagen de Buyukozer et al., (2019). Do infants in the first year of life expect equal resource allocations? *Frontiers in Psychology, 10*, 116. CC by 4.0

[4] Monroy et al., (2019). Visual habituation in deaf and hearing infants. *PloS One, 14*(2), e0209265. CC by 4.0

[5] Imagen de Monroy et al., (2019). Visual habituation in deaf and hearing infants. *PloS One, 14*(2), e0209265. CC by 4.0

8.3: ¿Cómo se estudia la cognición de los bebés y los niños pequeños? is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.4: Hitos del desarrollo cognitivo entre los 2 y 36 meses de edad

Hitos del desarrollo cognitivo

Los bebés y los niños pequeños aprenden constantemente sobre el mundo a medida que lo experimentan y participan activamente en él durante los primeros tres años de vida. Los hitos representan lo que la mayoría de los niños pueden hacer a determinadas edades; sin embargo, es importante recordar que los niños no alcanzan estos hitos exactamente a las mismas edades, los hitos solo representan la edad media a la que se alcanzan. El hecho de que un niño no haya alcanzado determinados hitos a una edad específica no sugiere necesariamente un retraso o una discapacidad; sin embargo, hay edades concretas en las que, si no se alcanzan determinados hitos, los cuidadores deben animar a los padres del niño a que se comuniquen con su pediatra de cabecera. A continuación, se presenta una tabla con algunos de los hitos cognitivos que suelen desarrollar los bebés y los niños pequeños.

Tabela 8.4.1: Lo que la mayoría de los niños pueden hacer a cada edad

Edad	Lo que la mayoría de los niños pueden hacer a cada edad[1]
2 meses	• Prestar atención a las caras • Empezar a seguir las cosas con los ojos y a reconocer a las personas a distancia • Empezar a aburrirse (llorar, mostrarse inquieto) si la actividad no cambia
4 meses	• Hacerte saber si están contentos o tristes • Responder a la muestra de afecto • Alcanzar un juguete con una mano • Utilizar las manos y los ojos a la vez, por ejemplo, ver un juguete y alcanzarlo • Seguir con la mirada los objetos en movimiento de un lado a otro • Observar atentamente las caras de las personas • Reconocer personas y cosas familiares a distancia
6 meses	• Mirar a su alrededor a las cosas que están cerca • Llevarse cosas a la boca • Mostrar curiosidad por las cosas y tratar de conseguir cosas que están fuera de su alcance • Comenzar a pasar las cosas de una mano a otra
9 meses	• Observar la trayectoria de algo al caer • Buscar cosas que te ven ocultar • Jugar a ocultar la cara • Poner cosas en su boca • Mover las cosas suavemente de una mano a la otra • Recoger cosas como cereales entre el dedo pulgar y el índice
12 meses	• Explorar las cosas de diferentes maneras, como agitando, golpeando y lanzando • Encontrar fácilmente las cosas ocultas • Mirar la imagen o cosa correcta cuando se nombra • Copiar gestos • Empezar a utilizar las cosas correctamente; por ejemplo, beber de una taza, cepillarse el pelo con un cepillo • Juntar dos cosas chocándolas • Poner cosas en un contenedor y sacar cosas de un contenedor • Dejar pasar las cosas sin ayuda • Pinchar con el dedo índice (señalador) • Seguir instrucciones simples como “recoge el juguete”
18 meses	• Saber para qué sirven las cosas corrientes; por ejemplo, el teléfono, el cepillo y la cuchara • Apuntar para llamar la atención de los demás • Mostrar interés por una muñeca o un peluche simulando que los alimenta • Señalar una parte del cuerpo • Garabatear por su cuenta • Seguir órdenes verbales de un solo paso sin ningún gesto; por ejemplo, se sienta cuando se le dice “siéntate”

Edad	Lo que la mayoría de los niños pueden hacer a cada edad[1]
24 meses	• Encontrar las cosas incluso cuando están ocultas bajo dos o tres frazadas • Empezar a clasificar formas y colores • Completar orariones y rimas en libros conocidos • Jugar a juegos sencillos de simulación • Construir torres de cuatro o más bloques • Usar una mano más que la otra • Seguir instrucciones de dos pasos como “Recoge tus zapatos y ponlos en el armario” • Nombrar elementos de un libro ilustrado como un gato, un pájaro o un perro
36 meses	• Trabajar con juguetes con botones, palancas y partes móviles • Jugar a la fantasía con muñecos, animales y personas • Hacer rompecabezas de tres o cuatro piezas • Entender lo que significa “dos” • Copiar un círculo con un lápiz o un crayón • Pasar las páginas de un libro de una en una • Construir torres de más de seis bloques • Enroscar y desenroscar tapas de tarros o girar picaportes

Referencias

[1] CDC’s Developmental Milestones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades es de dominio público.

8.4: Hitos del desarrollo cognitivo entre los 2 y 36 meses de edad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.5: Inquietudes relacionadas con el desarrollo cognitivo

Inquietudes

El gráfico anterior representa los promedios de cuándo los bebés y los niños pequeños alcanzan diversos hitos cognitivos. ¿Qué pasa con los niños que no alcanzan estos hitos a las edades indicadas? Si bien es cierto que los niños pueden desarrollar diferentes capacidades en distintos momentos, un retraso demasiado grande para alcanzar determinados hitos puede ser preocupante. La información de la Figura N.° pertenece a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control nd Prevention,CDC). El gráfico adopta una actitud proactiva: debemos actuar pronto cuando surge una inquietud relacionada con el desarrollo, en lugar de esperar a ver si el niño “se pone al día”. De nuevo, aunque los niños se desarrollan a ritmos individuales, es esencial ser proactivo durante estos primeros años críticos. El cuadro que figura a continuación enumera los hitos que, si los niños no los alcanzan a determinadas edades, los cuidadores deben animar a los padres a comunicarse con el pediatra de la familia. La mayoría de los cuidadores no están formados profesionalmente para evaluar oficialmente las capacidades de desarrollo de los niños; sin embargo, los cuidadores tienen la capacidad de seguir el progreso del desarrollo y a menudo son los primeros en notar los problemas de desarrollo.

Tabela 8.5.1: Cuándo animar a los padres a comunicarse con un pediatra

Edad	Anime a los padres a comunicarse con el pediatra de su familia en los siguientes casos:[1]
A los 4 meses	• El niño no mira las cosas mientras se mueven. • El niño no le sonríe a la gente.
A los 6 meses	• El niño no intenta agarrar las cosas que están a su alcance. • El niño no muestra afecto por sus cuidadores. • El niño tiene dificultades para llevarse las cosas a la boca. • El niño no responde a los sonidos de su entorno. • El niño no se ríe ni emite chillidos.
A los 9 meses	• El niño no juega a ningún juego que implique un ida y vuelta. • El niño no responde a su propio nombre. • El niño parece no reconocer a las personas conocidas. • El niño no mira hacia donde usted señala. • El niño no pasa los juguetes de una mano a otra.
A los 12 meses	• El niño no busca las cosas que ve que usted oculta. • El niño no dice palabras sueltas como “mamá” o “papá”. • El niño no aprende gestos como saludar o mover la cabeza. • El niño no señala las cosas. • El niño pierde las habilidades que solía tener.
A los 18 meses	• El niño no señala para mostrar las cosas a los demás. • El niño no sabe para qué sirven las cosas familiares. • El niño no copia a los demás. • El niño no adquiere palabras nuevas. • El niño no dice al menos seis palabras. • El niño no se da cuenta o no le importa cuándo el cuidador se va o vuelve. • El niño pierde las habilidades que solía tener.
A los 24 meses	• El niño no utiliza frases de dos palabras (por ejemplo, “beber leche”). • El niño no sabe qué hacer con cosas comunes, como un cepillo, un teléfono, un tenedor, una cuchara. • El niño no copia acciones ni palabras. • El niño no sigue instrucciones sencillas. • El niño pierde las habilidades que solía tener.

Edad	Anime a los padres a comunicarse con el pediatra de su familia en los siguientes casos:[1]
A los 36 meses	• El niño babea o tiene un habla muy poco clara. • El niño no puede trabajar con juguetes sencillos (como tableros de clavijas, rompecabezas sencillos, manivelas giratorias). • El niño no usa oraciones para hablar. • El niño no entiende instrucciones sencillas. • El niño no juega a fingir ni a simular. • El niño no quiere jugar con otros niños o con juguetes. • El niño no hace contacto visual. • El niño pierde las habilidades que solía tener.

Referencias

[1] CDC's Developmental Milestones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedadeses de dominio público.

8.5: Inquietudes relacionadas con el desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6: Procesos cognitivos

Procesos de la cognición

Imagina que eres un bebé, ¿cómo sería aprender sobre el mundo? Desde los sonidos, las vistas y los olores, habría un montón de cosas nuevas a las que tratar de dar sentido. De hecho, la información potencial disponible en el entorno es tan voluminosa como compleja. Esto llevó a William James a acuñar su famosa frase sobre “la confusión floreciente y zumbante” a la que se enfrenta el recién nacido (James, 1890). Al contrario de lo que pensaba James, los bebés muestran notables proezas de aprendizaje a medida que dan sentido al mundo, empezando en el último trimestre de la vida fetal y acelerando durante la infancia y la niñez. Pero, ¿cómo es que los bebés son capaces de aprender en entornos tan complejos? A continuación, analizaremos varios procesos cognitivos durante la infancia y la niñez.[1]

Referencias

[1] Kidd et al., (2012). The Goldilocks effect: Human infants allocate attention to visual sequences that are neither too simple nor too complex. *PloS One*, *7*(5), e36399. CC by 4.0

8.6: Procesos cognitivos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.1: Imitación

Imitación infantil

La imitación del comportamiento de los demás se considera un medio central de aprendizaje, específicamente para la cognición social y el aprendizaje de las normas culturales (Goertz et al., 2011; Kugiumutzakis & Trevarthen, 2015; Meltzoff & Marshall, 2018). La imitación se ha definido de numerosas maneras, haciendo hincapié en la coincidencia de la forma de los movimientos, los resultados o las intenciones de una acción. Los hallazgos de Meltzoff y Moore (1977; 1983), a menudo citados, de que los recién nacidos imitan las expresiones faciales de los adultos han sido cuestionados. En las recientes investigaciones no se han podido replicar los resultados y se han señalado los puntos débiles y las limitaciones de esos primeros estudios de imitación en recién nacidos (Kennedy-Costantini et al., 2017; Oostenbroek et al., 2016; Oostenbroek et al., 2018; Slaughter, 2021).[1]



Figura 8.6.1.1: El bebé imita a un adulto sacando la lengua. ([2]).

Aunque la imitación en los recién nacidos sigue siendo objeto de debate, está claro que la imitación desempeña un papel en el aprendizaje de los bebés y los niños pequeños. Se ha comprobado que los niños de 12 a 18 meses aprenden una o dos acciones nuevas cada día, simplemente observando a los demás a su alrededor (Barr & Hayne, 2003). Sin embargo, en lugar de imitar todo y a todos, los bebés suelen ser selectivos en su comportamiento imitativo, una tendencia que está presente a partir de los 12 meses de edad (Schwier et al., 2006; Zmyj, Daum & Aschersleben, 2009). Por ejemplo, en un estudio, los investigadores presentaron una acción novedosa con la cabeza a dos grupos de niños pequeños de 14 meses de edad en la que el modelo iluminaba una caja de luz con la frente sentándose en una silla e inclinándose hacia delante hasta que su cabeza presionaba la caja de luz (Gergely, Bekkering & Király, 2002). Mientras que un grupo de niños pequeños observó la acción inusual de la cabeza con la modelo apoyando libremente sus manos junto a la caja de luz (condición de manos libres), el otro grupo observó una demostración de la acción idéntica de la cabeza, pero la modelo tenía sus manos ocupadas sosteniendo una manta envuelta alrededor de su torso (condición de manos ocupadas). La Figura 8.6.1.2 ilustra las dos condiciones. La mayoría de los niños pequeños (69 %) en la condición de manos libres imitaron esta acción novedosa de usar la frente para encender la caja de luz, mientras que solo el 21 % de los niños lo hicieron en la condición de manos ocupadas. Los autores argumentaron que los resultados sugieren que los niños pequeños infieren que la modelo debe haber tenido buenas razones para elegir libremente realizar la acción inusual en la condición de manos libres, mientras que la modelo habría utilizado sus manos en la condición de manos ocupadas si no estuviera utilizando sus manos para sostener la manta. En consecuencia, aunque la imitación puede ser una buena forma de aprender, el proceso de imitación para los bebés y los niños pequeños es complejo, ya que se consideran varios factores que pueden influir en qué acciones de los adultos son racionales o lógicas antes de imitarlas.[3] [4]

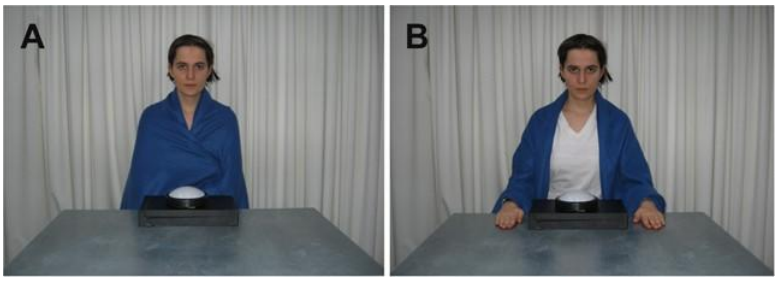


Figura 8.6.1.2: Imágenes de las dos condiciones del experimento de la caja de luz. (C[5])

Dado que la imitación es una de las formas en que los bebés y los niños pequeños aprenden sobre el mundo, los cuidadores pueden apoyar el desarrollo cognitivo a través de la imitación al incluir a los bebés y a los niños pequeños en las rutinas diarias de cuidado y demostrar acciones más complejas durante el juego y las interacciones sociales. Las rutinas de cuidado (por ejemplo, el cambio de pañales, la hora de la comida, etc.) a veces pueden parecerse más a las tareas de los adultos si los cuidadores se apresuran a completarlas. Sin embargo, las rutinas de cuidado a menudo implican acciones complejas que pueden ser ricas oportunidades de aprendizaje para que los niños pequeños las observen, las imiten y aprendan de ellas. Por ejemplo, la rutina de cuidado de la hora de la comida implica movimientos motores para ayudar a verter, recoger, sostener, pasar, etc., y también implica el aprendizaje de patrones sociales como la espera, la toma de turnos, los modales, etc. Estas acciones motoras y patrones sociales pueden ser un reto para los niños pequeños, pero son importantes a medida que practican estas habilidades y son capaces de participar más en la rutina de las comidas. En lugar de preparar platos individuales con antelación y fuera de la vista de los niños, los platos se pueden preparar y compartir en su presencia. Una presentación de la comida al estilo familiar, en la que los alimentos y las bebidas se sirven en la mesa con los niños pequeños, permite que estos puedan observar, imitar y aprender de la rutina a la hora de la comida. Además, durante el juego y las interacciones sociales, los cuidadores que se comprometen con los bebés y los niños pequeños y les demuestran diferentes formas de utilizar los materiales y jugar con ellos los animan a imitar acciones similares mientras aprenden cómo funciona el mundo.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Paukner et al., (2017). Testing the arousal hypothesis of neonatal imitation in infant rhesus macaques. *PLoS One*, *12*(6), e0178864. CC by 4.0

[2] Imagen de HeatherDawnKemp en Pixabay.

[3] Gellén & Buttelmann (2017). Fourteen-month-olds adapt their imitative behavior in light of a model's constraints. *Child Development Research*. CC by 4.0

[4] Beisert et al., (2012). Rethinking 'rational imitation in 14-month-old infants: A perceptual distraction approach. *PloS One*, *7*(3), e32563. CC by 4.0

[5] Imagen de Beisert et al., (2012). Rethinking 'rational imitation in 14-month-old infants: A perceptual distraction approach. *PloS One*, *7*(3), e32563. CC by 4.0

8.6.1: Imitación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.2: Categorización

El concepto de categorización

Los bebés y los niños pequeños experimentan constantemente objetos y acontecimientos nuevos y recurrentes. La capacidad de formar categorías es una habilidad cognitiva fundamental que ayuda a organizar estas experiencias. Sin la categorización, trataríamos cada entidad que encontramos (por ejemplo, cada g*golden retriever*) como única. La identificación de una categoría a la que pertenece un objeto o entidad (por ejemplo, un perro, un *retriever*) nos permite hacer inferencias que van más allá de nuestra experiencia inmediata con esa entidad (por ejemplo, los *retrievers* ladran, tienen dientes afilados, etc.). Por lo tanto, la categorización es un proceso cognitivo fundamental, especialmente importante para los bebés y niños pequeños que se encuentran cada día con objetos, entidades y acontecimientos nuevos.[1] [2]



Figura 8.6.2.1: Un bebé con diferentes categorías de objetos. ([3])

Un conjunto considerable de investigaciones revela que, en los primeros meses de vida, los bebés ya pueden formar con éxito y de forma espontánea categorías de objetos de animales, vehículos y formas geométricas (Balaban & Waxman, 1997; Novack et al., 2021; Quinn, Eimas & Tarr, 2001). Por ejemplo, la Figura 8.6.2.22 muestra un ejemplo de estímulos utilizados en un experimento de categorización con bebés de 3 a 4 meses de edad (Ferry, Hespos & Waxman, 2010). En la fase de familiarización, se mostró a los niños varios tipos de dinosaurios, que variaban de color. En la fase de prueba, los bebés vieron dos objetos del mismo color, un dinosaurio (objeto familiarizado) y un objeto que no era un dinosaurio y que no se había mostrado en la fase de familiarización (objeto nuevo). Para medir la categorización, se midió el tiempo de mirada de los bebés hacia los objetos en la fase de prueba. Los resultados demuestran que ya a los 3 o 4 meses de edad, los bebés están formando cognitivamente categorías de los objetos que encuentran.[1] [2]

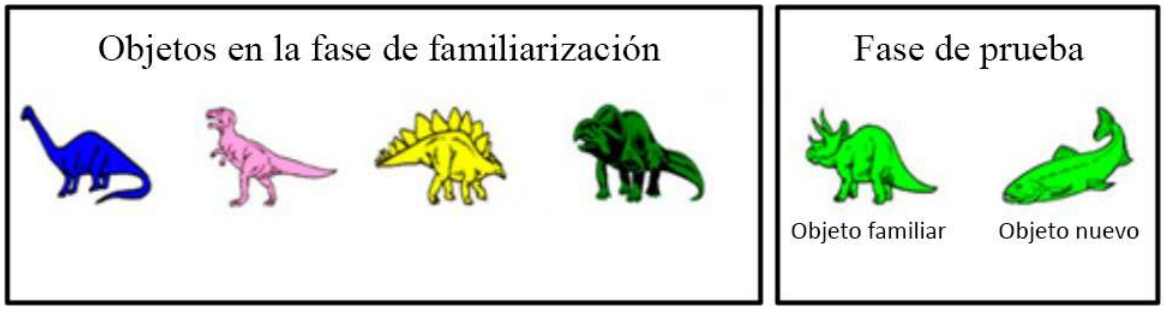


Figura 8.6.2.2: Ejemplos de estímulos de la investigación sobre la categorización de los bebés. ([4])

Sin embargo, a los 12 meses, los bebés alcanzan un punto de inflexión en el que lo que importa no es si los bebés escuchan el lenguaje en general, sino, más precisamente, lo que se dice sobre objetos específicos. A los 12 meses, los bebés no solo rastrean qué objetos y qué palabras se presentan, sino también cómo se emparejan las palabras y los objetos (Waxman & Braun, 2005). En concreto, cuando los bebés oyen la misma etiqueta para cada objeto, las etiquetas destacan las características comunes entre ellos y facilitan así su categorización, mientras que cuando los bebés oyen una etiqueta distinta para cada objeto, las etiquetas destacan sus diferencias y facilitan así su individuación (Dewar & Xu, 2007; Xu, Cote & Baker, 2005).[5]

La investigación sobre la categorización sugiere que los bebés pequeños empiezan a categorizar objetos a los 3 o 4 meses de edad y que el lenguaje promueve la categorización. Por lo tanto, los cuidadores pueden apoyar la categorización a través de las experiencias

de aprendizaje y el uso del lenguaje. Con experiencias de aprendizaje, los cuidadores pueden proporcionar objetos de juego y manipulativos en los que las similitudes y las diferencias puedan identificarse fácilmente a través del color, el tamaño, la textura y la forma. Los objetos dentro y fuera de los límites categóricos también son importantes. Por ejemplo, los objetos de un tipo de animal, como los peces, pueden estar junto a otro tipo de animal, como las aves. Esto puede ayudar a los niños a identificar las características comunes dentro de la categoría de peces y las diferencias entre las categorías de peces y aves. Para promover la categorización con el lenguaje, los cuidadores pueden ser determinantes con el lenguaje que utilizan etiquetando los objetos dentro de las categorías, y entre ellas, y destacando las similitudes y las diferencias entre los objetos. La Figura 8.6.2.3 muestra a un niño pequeño que sostiene tres hojas. Cada hoja tiene un color, un tamaño y una forma diferentes. Como cuidador, ¿qué palabras o frases podría utilizar para apoyar el proceso de categorización de un niño pequeño cuando juega con estas hojas?



Figura 8.6.2.3: Categorización de las hojas. ([6])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Althaus et al., (2020). Infant categorization as a dynamic process linked to memory. *Royal Society Open Science*, *7*(10), 200328. CC by 4.0

[2] Kadlaskar et al., (2020). Does human touch facilitate object categorization in 6-to-9-month-old infants? *Brain Sciences*, *10*(12), 940. CC by 4.0

[3] Imagen de Shirota Yuri en Unsplash

[4] Imagen adaptada de Kadlaskar et al., (2020). Does Human Touch Facilitate Object Categorization in 6-to-9-Month-Old Infants? *Brain Sciences*, *10*(12), 940. CC by 4.0

[5] Ferguson et al., (2015) The precision of 12-month-old infants' link between language and categorization predicts vocabulary size at 12 and 18 months. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1319. CC by 4.0

[6] Imagen de Markus Spiske en Unsplash

8.6.2: Categorización is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.3: Cognición numérica

Cómo entendemos los números

La evidencia sugiere que existe un sentido innato y no simbólico de la cantidad que da lugar a nuestras intuiciones numéricas básicas. El Sistema numérico aproximado (Aproximate Number System, ANS) permite a los seres humanos y a los animales no humanos estimar cantidades sin contar explícitamente. Por ejemplo, si observa las dos imágenes de la Figura 8.6.3.1, ¿qué imagen tiene más puntos que la otra? ¿Puede averiguarlo simplemente mirando las dos imágenes, sin contar ninguno de los puntos? Aunque este ejemplo es un poco difícil porque el número de puntos en las dos imágenes es similar, en experimentos como este, en el que se utilizan puntos, los bebés tienen la capacidad innata de distinguir entre varias cantidades.[1]

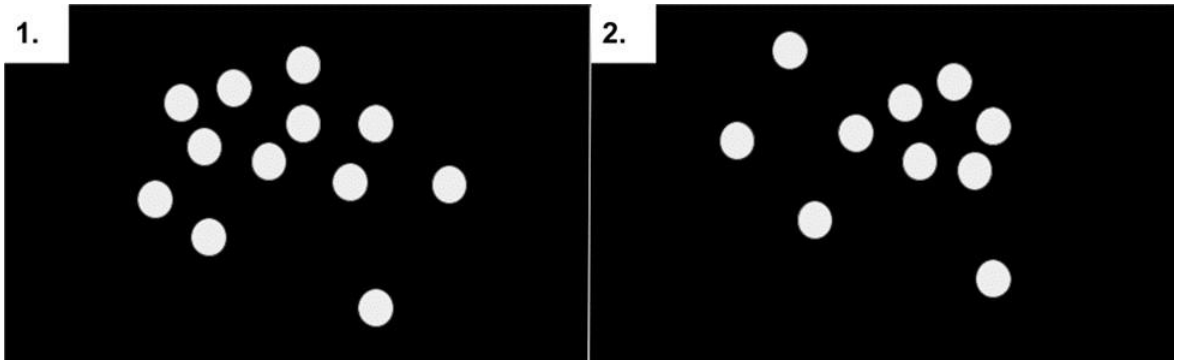


Figura 8.6.3.1: La prueba del Sistema numérico aproximado. ([2])

El ANS está presente al nacer, ya que los recién nacidos son capaces de discriminar conjuntos de objetos si la proporción es de al menos 1:3 (por ejemplo, matrices de cuatro frente a 12 puntos) (Izard et al., 2009). La capacidad de discriminar entre visualizaciones de números grandes, conocida como agudeza numérica (eficiencia), mejora a lo largo de la infancia (Halberda & Feigenson, 2008), y se observan cambios drásticos en la agudeza numérica durante el primer año de vida. En una comparación solo visual, los niños de cuatro meses pueden discriminar entre una proporción de 1:4, pero no un cambio a una proporción de 1:3; sin embargo, si se proporciona información tanto auditiva como visual, los niños de cuatro meses pueden discriminar entre una proporción de 1:3, pero no un cambio a una proporción de 1:2 (Wang & Feigenson, 2021). Los bebés de seis meses de edad pueden discriminar de forma confiable entre conjuntos con una proporción de 1:2 (por ejemplo, matrices de ocho frente a 16 puntos), pero no pueden discriminar entre conjuntos con una proporción de 2:3 (por ejemplo, matrices de ocho frente a 12 puntos) (Feigenson, 2011; Xu & Spelke, 2000). Alrededor de los 9 o 10 meses de edad, los bebés son capaces de discriminar proporciones de 2:3 (por ejemplo, matrices de ocho frente a 12 puntos), pero fallan con las proporciones de 4:5 (por ejemplo, matrices de ocho frente a 10 puntos) (Lipton & Spelke, 2003; Xu & Arriaga, 2007; Xu & Spelke, 2000).[3]

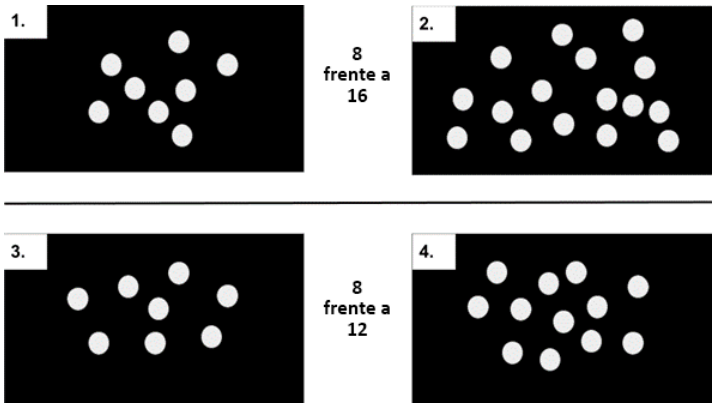


Figura 8.6.3.2: Agudeza numérica: los niños de 6 meses de edad pueden discriminar entre conjuntos con una proporción de 1:2 (por ejemplo, matrices de ocho frente a 16 puntos) pero no pueden discriminar entre conjuntos con una proporción de 2:3 (por ejemplo, matrices de ocho frente a 12 puntos). ([4])

La agudeza numérica en la infancia está relacionada con el rendimiento matemático posterior a lo largo de la infancia, la adolescencia y la edad adulta (Halberda et al., 2008; Mazzocco, Feigenson & Halberda, 2011; Libertus, Feigenson & Halberda, 2013; Starr, Libertus & Brannon, 2013). Como ejemplo, un estudio (Starr, Libertus & Brannon, 2013) colocó dos monitores frente

a niños de seis meses. Un monitor mostraba siempre el mismo número de puntos (aunque los puntos cambiaban, variando la matriz de colocación) y el otro monitor cambiaba entre varios números de puntos y matriz de ubicación. Algunos bebés pasaron más tiempo

mirando el monitor que mostraba el número cambiante de puntos que otros bebés. Los investigadores hicieron un seguimiento de los mismos niños en la etapa preescolar, donde midieron varias habilidades matemáticas. Los resultados mostraron que los bebés que pasaban más tiempo mirando el monitor que mostraba el número cambiante de puntos tenían mayores habilidades matemáticas cuando eran estudiantes de preescolar.

Mientras que la agudeza numérica temprana puede ser innata, otras habilidades numéricas no lo son y se desarrollan con el tiempo. Los niños llegan a comprender el significado de las palabras numéricas exactas muy lentamente (Wynn, 1990, 1992). Los niños angloparlantes aprenden por primera vez el significado de la palabra “uno” alrededor de los dos años y medio, pero no conocen los números mayores al uno. Unos cuatro o cinco meses después de aprender el significado de “uno”, los niños entienden la palabra “dos”, pero no números mayores, como “tres” o “cuatro” Los niños tardan varios meses más en mostrar el conocimiento de la palabra “tres” Hasta los tres o cuatro años de edad, los niños no comprenden plenamente el principio de cardinalidad, es decir, que cada palabra numérica se refiere únicamente a un conjunto exacto de esa cantidad, y que el último número de la lista de recuento se refiere al número total de elementos del conjunto (Carey, 2009).[5]



Figura 8.6.3.3: Niño pequeño usando un ábaco ([6])

Antes de que los bebés y los niños pequeños puedan comprender completamente el significado de determinadas palabras numéricas, muestran una sensibilidad temprana para contar. Los bebés de dieciocho meses mostraron una preferencia por las secuencias de conteo correctamente ordenadas; es decir, aunque eran incapaces de recitar la lista de conteo por su propia cuenta, reconocían y preferían escuchar el orden correcto de las palabras numéricas (Ip et al., 2018). Del mismo modo, los bebés de 14 a 18 meses parecen ser capaces de utilizar su capacidad de reconocer la lista de conteo para ayudarles a superar los límites típicos de la memoria (Wang & Feigenson, 2019). Los bebés suelen mostrar límites de capacidad de la memoria de trabajo de tres elementos y no recuerdan el número de elementos ocultos cuando supera este límite (Feigenson & Carey, 2003). Sin embargo, cuando se cuentan los objetos antes de ocultarlos, los bebés son capaces de superar este límite de memoria (Wang & Feigenson, 2019). Así, aunque es posible que los niños pequeños no comprendan el significado completo de las palabras numéricas, pueden ser conscientes de la naturaleza numérica de estas palabras y pueden ser capaces de utilizar el conocimiento del conteo a pesar de carecer de representaciones precisas de las cantidades.



Figura 8.6.3.4: Peldaños numerados. ([7])

Aunque la investigación sugiere que el ANS es innato, solo es una base temprana para apoyar el desarrollo matemático. A medida que se desarrollan los conocimientos matemáticos, los cuidadores desempeñan un rol fundamental en su apoyo. Los bebés y los niños pequeños sientan las primeras bases de las matemáticas durante el juego y las rutinas diarias de cuidado. Los niños pequeños exploran de forma natural los conceptos matemáticos mientras juegan y los cuidadores apoyan sus conocimientos matemáticos y su vocabulario con el lenguaje que utilizan. Los cuidadores pueden utilizar la charla sobre matemáticas durante las rutinas de cuidado

discutiendo conceptos espaciales como: “Voy a recogerte” o pueden comparar el tamaño de sus zapatos mientras se preparan para salir a la calle: “Tus zapatos son *más pequeños* que los míos”. Los cuidadores pueden utilizar el lenguaje matemático durante las comidas: “¿Cuántos arándanos te quedan? ¿Necesitas más?”. Cuanto más lenguaje matemático escuchen los niños cada día, mayor será el crecimiento de sus conocimientos matemáticos.[8]

Además, los bebés y los niños pequeños necesitan tiempo y espacio para jugar de forma abierta con materiales variados para potenciar sus habilidades matemáticas emergentes. Los cuidadores pueden introducir conceptos matemáticos como tamaño y forma, y palabras espaciales como dentro, entre y debajo durante cualquier tipo de juego o rutina. Crear y buscar patrones en el entorno y señalárselos a los niños. Encontrar patrones en su ropa o en el entorno, como rayas en una alfombra, y señalárselos a los niños mientras utiliza el lenguaje matemático para describir los patrones. Los entornos interiores y exteriores presentan formas ilimitadas de hablar sobre matemáticas. Cuando trabajes con bebés y niños pequeños, mira a propósito el entorno y los materiales que se están utilizando para ver los conceptos matemáticos que puedes discutir.[8]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Ma et al., (2021). Approximate number sense in students with severe hearing loss: A modality-neutral cognitive ability. *Frontiers in Human Neuroscience*, *15*, 296. CC by 4.0

[2] Imagen de Todd LaMarr. CC by 4.0

[3] Zorzi & Testolin (2018). An emergentist perspective on the origin of number sense. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1740), 20170043. CC by 4.0

[4] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0.

[5] Silver et al., (2021). Measuring Emerging Number Knowledge in Toddlers. *Frontiers in Psychology*, 3057. CC by 4.0

[6] Imagen de Luis Arias en Unsplash

[7] Imagen de Eric Tompkins en Unsplash

[8] “Supporting Math Skills in Infants and Toddlers” del Centro de Aprendizaje y Conocimientos sobre la Primera Infancia (Early Childhood Learning and Knowledge Center) de Head Start es de dominio público.

8.6.3: Cognición numérica is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.4: Funciones ejecutivas

Propósito de las funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas son un conjunto complejo de habilidades cognitivas, que nos permiten coordinar procesos mentales, manipular información, resolver problemas nuevos, secuenciar información, inhibir respuestas que no son útiles y generar nuevas estrategias para cumplir objetivos de forma flexible (Diamond, 2012; Henry, Messer, & Nash, 2012; Miyake & Friedman, 2012).
La mayoría de las investigaciones sobre la función ejecutiva se centran en tres áreas principales: la inhibición, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva, que algunos sugieren que sustentan otras funciones ejecutivas más complejas como la planificación, la resolución de problemas, el razonamiento, etc., (Friedman & Miyake, 2017).[1]

Las funciones ejecutivas desempeñan un papel importante en la vida cotidiana de los bebés y los niños pequeños, ya que les permiten centrar la atención en tareas específicas, participar en la resolución de problemas de manera exitosa y planificar su próxima acción. Las funciones ejecutivas comienzan a surgir en la infancia, con habilidades básicas necesarias para las funciones ejecutivas que surgen antes de los tres años de edad, y habilidades más específicas que se desarrollan en la primera infancia (Garon, Bryson & Smith, 2008). Se ha sugerido que cada componente de la función ejecutiva se desarrolla a su propio ritmo a lo largo de la infancia y la adolescencia, alcanzando la madurez a diferentes edades (Diamond, 2013). La adquisición gradual de las funciones ejecutivas se relaciona con el desarrollo de la corteza prefrontal y otras áreas cerebrales desde la infancia hasta la edad adulta (Fiske & Holmboe, 2019; Thompson, 2016; Tsujimoto, 2008).[2] [3]

La Figura 8.6.4.1 muestra el crecimiento de las capacidades de la función ejecutiva en bebés y niños pequeños desde los 9 hasta los 30 meses de edad (Hendry & Holmboe, 2021). Estos datos ponen de manifiesto dos conclusiones importantes. En primer lugar, las capacidades de la función ejecutiva mejoran con la edad, un hallazgo consistente en todos los estudios (Hendry et al., 2016; Putnam et al., 2006). Como muestra la Figura 8.6.4.1, hay un aumento constante de la habilidad de la función ejecutiva a lo largo de los primeros treinta meses. En segundo lugar, hay diferencias individuales tempranas que ya son evidentes al final del primer año. Esto significa que, a cualquier edad, algunos bebés y niños pequeños tienen mejores capacidades de función ejecutiva que otros. Comprender las diferencias tempranas podría ser importante, ya que el desempeño de los niños de preescolar y jardín de infantes en las pruebas de función ejecutiva está relacionado con el desempeño académico (para las evaluaciones de matemáticas y alfabetización) en los Estados Unidos, Corea del Sur, Taiwán y China (McClelland et al., 2014; Ponitz et al., 2009; Wanless et al., 2011).[4]

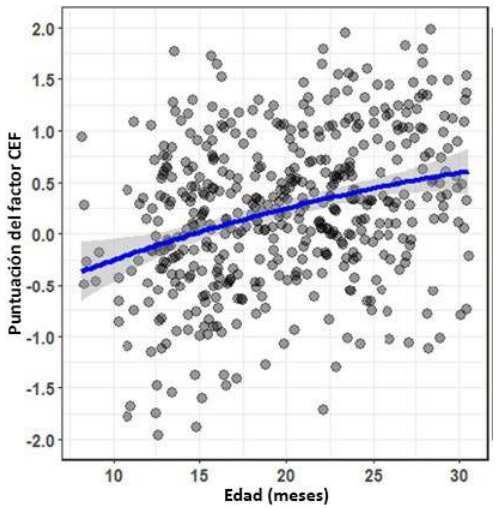


Figura 8.6.4.1: Puntuaciones de la función ejecutiva cognitiva (Cognitive Executive Function, CEF) por edad. (C[1])

A continuación, analizaremos con mayor profundidad las tres áreas principales de la función ejecutiva, la inhibición, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva.

Inhibición

La inhibición, o control inhibitorio, es la capacidad de un niño para detener una respuesta dominante y demostrar un comportamiento más adaptativo o socialmente aceptable (Diamond, Kirkham, & Amso, 2002; Rennie, Bull, & Diamond, 2004). La inhibición es importante en la ejecución exitosa de las tareas, ya que proporciona al niño la flexibilidad y la libertad de elegir y

controlar sus acciones (Dowsett & Livesey, 2000), por ejemplo, esperando su turno, compartiendo o limpiando los juguetes antes de jugar en otro lugar.[6]

La trayectoria de desarrollo de la inhibición comienza hacia el final del primer año de vida (Diamond, 2002, Diamond et al., 2007, Garon et al., 2008, Wolfe & Bell, 2007) con investigaciones que sugieren que algunas formas tempranas de control inhibitorio y atencional emergen ya alrededor de los 6 meses de edad (Courage, Reynolds, & Richards, 2006; Holmboe, Bonneville-Roussy, et al., 2018). Las habilidades de inhibición se desarrollan rápidamente entre los 22 y 33 meses de edad (Carlson, 2005; Kochanska, Murray, & Harlan, 2000), y la proporción de tiempo que los niños pueden esperar con éxito mejora significativamente entre los 30 y 42 meses de edad (Caughy, Mills, Owen, & Hurst, 2013). Teniendo esto en cuenta, la inhibición muestra una rápida mejora cuando los niños son pequeños y están en edad preescolar (Friedman et al., 2011, Garon et al., 2008, Garon et al., 2014, Holmboe, Larkman, et al., 2018, Simpson & Riggs, 2005), y aumenta a un ritmo más constante a lo largo de la niñez intermedia (Best & Miller, 2010, Best et al., 2009), antes de alcanzar finalmente los niveles de adulto en la adolescencia temprana (van den Wildenberg & van der Molen, 2004, Williams et al., 1999).[6] [7]

A medida que los bebés y los niños pequeños crecen, las interacciones entre el cuidador y el niño tienen un impacto importante en el desarrollo de las habilidades de inhibición de los niños. Los entornos de clases bien organizadas de bebés y niños pequeños y el uso de estrategias claras y proactivas por parte de los cuidadores para apoyar el comportamiento crean una previsibilidad dentro del aula que permite al niño adquirir una sensación de control y mostrar un comportamiento adecuado, a la vez que inhibe los comportamientos más inadecuados (Salminen et al., 2021). La capacidad de los niños de mostrar un mejor control de la inhibición en la clase también está relacionada con la sensibilidad y la capacidad de respuesta de los cuidadores hacia las necesidades de los niños y el desarrollo de sus habilidades. Los sentimientos de frustración de los niños pueden reducirse creando un entorno seguro y acogedor, mostrando interés en apoyar la autonomía de los bebés y los niños pequeños, comprendiendo su forma de ver el mundo y apoyando su voluntad de asistir a las actividades de aprendizaje de forma personalmente significativa (Hamre & Pianta, 2005; Ladd, Birch & Buhs, 1999). Estas prácticas de sensibilidad y capacidad de respuesta de los cuidadores pueden indicar a los niños que sus propias acciones y decisiones son importantes, por lo que envían señales más fuertes de cómo comportarse de forma aceptable.[6]

El concepto de mente mentalizante del cuidador está relacionado (pero es distinto) con el de sensibilidad, pero también está relacionado con el desarrollo de la inhibición. La mente mentalizante se refiere a la propensión del cuidador a tratar a un bebé como un “individuo con una mente y no simplemente como un [niño] con necesidades que deben satisfacerse” (Meins, Fernyhough, Fradley & Tuckey, 2001). Por ejemplo, si durante el juego de ocultar la cara, el niño señala que está sobreestimulado (por ejemplo, apartándose del cuidador, desconectándose, haciendo movimientos frenéticos, etc.), la comprensión adecuada por parte del cuidador de la señal de comportamiento en términos de los estados internos del niño (por ejemplo, sentirse abrumado) es fundamental para guiar su reacción. Cuando el cuidador entiende con precisión la señal, es más probable que muestre una respuesta adecuada, como pausar el juego, permitiendo que el sistema nervioso autónomo del bebé se recupere de la exaltación aumentada. Por el contrario, cuando el cuidador no tiene una perspectiva de mente mentalizante, es posible que no vea o malinterprete la señal del bebé y sea más probable que continúe el juego del ocultar la cara. El bebé no experimenta entonces la recuperación del aumento fisiológico de la exaltación de una manera que se ajuste a su estado actual.[8] [9] [10]

Una forma de conocer el nivel de mente mentalizante de un cuidador es medir la proporción de comentarios adecuados en los que el cuidador se refiere a los deseos, los pensamientos y las emociones del niño (Meins, Fernyhough, Fradley & Tuckey, 2001). A pesar de que solo alrededor del 10 % de los comentarios verbales del cuidador son comentarios de mente mentalizante que reflejan con precisión el estado interno del niño (Helmerhorst, Colonnesi & Fukkink, 2019), la mente mentalizante del cuidador de los bebés a los nueve meses de edad predice el control inhibitorio en desarrollo de los niños a los 2 y 3 años de edad (Cheng, Lu, Archer & Wang, 2018). Existen diferencias culturales en el nivel de mente mentalizante de los cuidadores. La mente mentalizante era menor en los cuidadores chinos y de Hong Kong en comparación con los cuidadores del Reino Unido y Canadá (Bernier, Carlson & Whipple, 2010; Hughes, Devine & Wang, 2017).[8] [9]

Memoria de trabajo

La memoria de trabajo se refiere a la capacidad de un niño para retener la información en la memoria durante el tiempo suficiente para completar con éxito una tarea, por ejemplo, recordar instrucciones sencillas y realizar después la tarea correspondiente (Adams, Bourke & Willis, 1999). Para un niño pequeño, esto puede verse en la realización de una tarea con dos partes (por ejemplo, “lleva tu pincel al fregadero y lávate las manos”) o en el recuerdo de reglas sencillas en un juego o en una partida. Los componentes básicos de la memoria de trabajo comienzan a desarrollarse a lo largo del primer año de vida del niño, mientras que las capacidades más complejas de la memoria de trabajo, como la actualización o la manipulación de representaciones, se

desarrollan durante la primera infancia y a lo largo del periodo preescolar (Alloway, Gathercole, Willis & Adams, 2004; Gathercole, 1998; Pelphrey & Reznick, 2002).[6]

Flexibilidad cognitiva

La flexibilidad cognitiva, la capacidad de cambiar entre diferentes tareas u objetivos, se considera un aspecto clave de las funciones ejecutivas, que permite a los individuos regular sus pensamientos y sus acciones de forma adaptativa (Jurado & Rosselli, 2007; Miyake et al., 2000). La flexibilidad cognitiva también se suele denominar *shifting*, cambio de atención o cambio de tarea, e incluye la capacidad de desprenderse de la información irrelevante en una tarea anterior y de centrarse en la información relevante en una tarea siguiente (Monsell, 2003). En consecuencia, la flexibilidad cognitiva le permite a uno pensar de forma divergente, cambiar de perspectiva y adaptarse a un entorno en continuo cambio.[11]

Existen escasas investigaciones sobre el desarrollo de la flexibilidad cognitiva en los bebés y los niños pequeños, ya que la mayoría de las investigaciones constatan que incluso los niños de 3 años tienen dificultades en las tareas de flexibilidad cognitiva. La tarea de Cambio de dimensión en la clasificación de tarjetas (Dimensional Change Card Sorting, DCCS) se utiliza ampliamente para medir la flexibilidad cognitiva de los niños. La tarea de DCCS requiere que los niños clasifiquen las tarjetas (por ejemplo, un conejo rojo y un barco azul) con una de las dos tarjetas seleccionadas (por ejemplo, un barco rojo y un conejo azul) de acuerdo con una regla (por ejemplo, por color), y luego, después de varios ensayos exitosos, cambiar a otra regla (por ejemplo, por forma). En los hallazgos anteriores en los que se utilizó la tarea de DCCS se indicó que la mayoría de los niños de 3 años tenían dificultades para cambiar entre las dimensiones, pero a los 4 años, la mayoría de los niños podían cambiar con éxito a la nueva regla (Perner & Lang, 2002; Zelazo, Frye & Rapus, 1996). La flexibilidad cognitiva madura a lo largo de una pendiente pronunciada durante la primera infancia (Diamond, 2006; Garon et al., 2008) y se cree que esto es impulsado por los cambios del neurodesarrollo en la corteza prefrontal (Diamond, 2002; Ezekiel et al., 2013).[12]

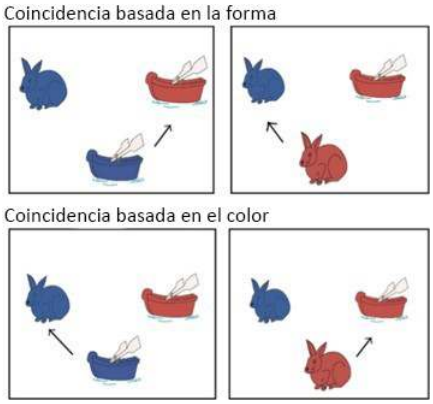


Figura 8.6.4.2: Ejemplos de una tarea de clasificación de tarjetas de cambio dimensional (DCCS). ([12])

Existen diferencias culturales importantes en las habilidades tempranas de la función ejecutiva. Los resultados de las investigaciones transculturales sugieren que los niños de las culturas orientales (por ejemplo, los chinos) suelen rendir mejor en las tareas de función ejecutiva que sus homólogos occidentales (Sabbagh et al., 2006; Oh y Lewis, 2008; Lewis et al., 2009; Lan et al., 2011; Grabell et al., 2015). Para esto se han propuesto diferentes explicaciones. Mientras que se espera que los niños de las culturas orientales dominen el control de los impulsos alrededor de los 2 años de edad, se espera que los niños de las culturas occidentales no sean capaces de hacerlo hasta los años preescolares (Chen et al., 1998). Esto podría crear oportunidades para que a los niños chinos se les enseñe la importancia del autocontrol (Ellefson et al., 2017) y que comiencen a practicar las habilidades de la función ejecutiva a una edad más temprana que sus homólogos estadounidenses (Sabbagh et al., 2006). En una cultura colectivista como la china, los niños practican y aprenden cómo comportarse en sociedad a través del modelo de los adultos de lo que son comportamientos “aceptables” (Jian, 2009). Por otro lado, las elecciones individuales y la negociación son elementos valorados en las prácticas de cuidado en las culturas individualistas (Greenfield et al., 2006). Según Lan y sus colegas (2011), la diferencia de estilos educativos entre países (por ejemplo, China y Estados Unidos) es la principal razón por la que existe esta variación en las habilidades de la función ejecutiva. Mientras que ser capaz de controlar el propio comportamiento, la atención y la concentración son un elemento central de la educación china, la autoexpresión y la libertad de decisión son el centro de la educación estadounidense (Song y Jinyu, 2016).[13]

Los comportamientos y prácticas generales de los cuidadores de bebés y niños pequeños tienen un papel importante en el desarrollo de las funciones ejecutivas (Bernier, Carlson & Whipple, 2010; Fay-Stammbach, Hawes & Meredith, 2014). Stephanie Carlson

(2003) argumentó que el cuidado contribuye al desarrollo de la función ejecutiva a través de tres aspectos principales de la interacción (comportamiento de andamiaje, estimulación y sensibilidad) y que cada uno de ellos tiene diferentes efectos sobre la función ejecutiva.

El andamiaje se refiere a la forma en que los cuidadores guían e instruyen de manera verbal y no verbal a los niños durante las tareas desafiantes (Lewis & Carpendale, 2009), apoyan la exploración autónoma de los niños y los animan a tomar decisiones de forma autónoma para resolver problemas (Matte-Gagn & Bernier, 2011). Por ejemplo, un cuidador puede guiar suavemente a un niño frustrado

por una torre de bloques que se derrumba constantemente colocando los bloques más grandes en la base. Las estrategias proporcionadas por los cuidadores no solo les indican a los niños lo que deben hacer, sino también las formas de pensar, guiando las mejoras en el control cognitivo, la inhibición y la capacidad de pensar con flexibilidad durante la resolución de problemas.

La sensibilidad representa la capacidad del cuidador para percibir e interpretar con precisión las señales que se muestran explícita o implícitamente en el comportamiento de un bebé, y responder de forma adecuada (Pederson et al., 1990). Los niños que experimentan sus entornos como predecibles y consistentes son propensos a lograr una autorregulación de mayor nivel en sus primeros años de vida y están más motivados para obtener el control cognitivo (Carlson, 2003). Por ejemplo, las interacciones entre el cuidador y el niño que son cálidas y receptivas predicen el desempeño del control del esfuerzo longitudinal y la capacidad de retrasar la gratificación (inhibición) (Kochanska et al., 2000; Sethi et al., 2000).

La estimulación abarca la amplia gama de interacciones entre los cuidadores y los niños, como la creación de entornos para el desarrollo de habilidades cognitivas a través de actividades como la lectura (Bradley et al., 2011) y el juego en conjunto (Rome-Flanders, Cronk & Gourde, 1995). Se ha encontrado específicamente que el lenguaje del cuidador desempeña un papel crítico en el procesamiento ejecutivo posterior de los niños (Daneri et al., 2019; Landry et al., 2002). Por ejemplo, el andamiaje verbal del cuidador durante las tareas de resolución de problemas muestra asociaciones concurrentes y longitudinales con la función ejecutiva en la primera infancia (Bernier et al., 2010; Hammond et al., 2012; Hughes & Ensor, 2009). Esta investigación hace hincapié en la importancia del uso de actividades apropiadas para el desarrollo que también suponen un reto para los bebés y los niños pequeños, acompañadas de un andamiaje sensible por parte de los cuidadores.[14] [15]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Mason et al., (2021). Executive function training for Deaf children: Impact of a music intervention. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *26*(4), 490-500. CC by 4.0

[2] Ferguson et al., (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Scientific Reports*, *11*(1), 1-17. CC by 4.0

[3] Keil et al., (2021). Family environment and development in children adopted from institutionalized care. *Pediatric Research*, 1-9. CC by 4.0

[4] Legare et al., (2018). Cultural variation in cognitive flexibility reveals diversity in the development of executive functions. *Scientific Reports*, *8*(1), 1-14. CC by 4.0

[5] Hendry & Holmboe (2021) Development and validation of the early executive functions questionnaire: A carer-administered measure of executive functions suitable for 9-to 30-month-olds. *Infancy*. CC by 4.0

[6] Salminen et al., (2021) Teacher–child interaction quality and children's self-regulation in toddler classrooms in Finland and Portugal *Infant and Child Development*, e2222. CC by 4.0 NC

[7] Fiske & Holmboe (2019). Neural substrates of early executive function development. *Developmental Review, 52*, 42-62. CC by 4.0

[8] Colonnesi, et al., (2021). Mind-mindedness in out-of-home Care for Children: Implications for caregivers and child. *Current Psychology*, 1-13. CC by 4.0

[9] Longobardi et al., (2021). Maternal mind-mindedness and communicative functions in free-play and mealtime contexts: Stability, continuity and relations with child language at 16 months. *Journal of Child Language*, 1-26. CC by 4.0

[10] Zeegers et al., (2018). Mothers' and fathers' mind-mindedness influences physiological emotion regulation of infants across the first year of life. *Developmental Science*, *21*(6), e12689. CC by 4.0

[11] Buttelmann & Karbach (2017). Development and plasticity of cognitive flexibility in early and middle childhood. *Frontiers in Psychology, 8*, 1040. CC by 4.0

[12] Yi et al., (2012) Visual scanning patterns during the dimensional change card sorting task in children with autism spectrum disorder. *Autism Research and Treatment*. CC by 3.0

[13] Metaferia et al., (2021) Parents' views on play and the goal of early childhood education in relation to children's home activity and executive functions: A cross-cultural investigation. *Fronteras de la Psicología, 12*. CC by 4.0

[14] Cheng y otros, (2018) Quality of maternal parenting of 9-month-old infants predicts executive function performance at 2 and 3 years of age. *Frontiers in Psychology, 8*, 2293. CC by 4.0

[15] Devine et al., (2016) Executive function mediates the relations between parental behaviors and children's early academic ability. *Frontiers in Psychology, 7*, 1902.

8.6.4: Funciones ejecutivas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.5: Autorregulación

Desarrollo de la autorregulación

Los bebés tienen la capacidad de expresarse mediante vocalizaciones, expresiones faciales y movimientos del cuerpo. Por ejemplo, al oír un sonido fuerte e inesperado, un bebé puede cerrar los ojos, tensar el cuerpo y llorar para expresar su estado interno. Sin embargo, aunque pueden expresarse, los bebés tienen una capacidad limitada de autorregulación. La autorregulación es la capacidad de controlar el comportamiento y las respuestas de manera adaptativa en una variedad de dimensiones, incluyendo la atención, la emoción, el comportamiento y la cognición (Calkins, 2007; Calkins & Fox, 2002). La autorregulación es un pilar del desarrollo saludable (Robson, Allen & Howard, 2020; Thompson, 2016) y se ha asociado al desarrollo de las habilidades lingüísticas, matemáticas, de lectura y de alfabetización (von Salisch et al., 2015; Bohlman & Downer, 2016; Lin et al., 2016). Considere las estrategias que utiliza personalmente para la autorregulación. Cuando se siente asustado, ansioso, desmotivado o distraído, ¿qué estrategias ha descubierto que le ayudan a regular su estado interno?



Figura 8.6.5.1: Un cuidador que ayuda a un niño a autorregularse[1]

Durante la infancia, el inicio temprano de la autorregulación puede observarse en las respuestas de los bebés a los aportes de los cuidadores y del entorno (Samdan et al., 2020). El desarrollo continuo de las habilidades motoras, la atención y la emoción influyen posteriormente en el desarrollo de las habilidades de autorregulación (Calkins, 2007), ya que los bebés y los niños pequeños comienzan a reclutar las habilidades recién desarrolladas para la autorregulación. Mientras que un bebé pequeño depende de su cuidador para que lo distraiga de una experiencia desfavorable, un bebé mayor puede controlar los ojos o la cabeza para apartar la vista a propósito y un niño pequeño puede utilizar sus nuevas habilidades motoras para alejarse gateando o caminando.[2]

Es importante reconocer que los procesos de autorregulación podrían diferir entre culturas (Jaramillo et al., 2017). Las estrategias que un individuo utiliza para modificar sus estados y comportamientos internos están inmersas en un contexto cultural que da prioridad a los valores y los resultados predominantes en el proceso de socialización. De este modo, los cuidadores moldean las habilidades de autorregulación del bebé que están en desarrollo y, al mismo tiempo, comunican normas y expectativas socioemocionales culturalmente apropiadas. Como ejemplo, se comparó en dos estudios (Harwood et al., 1999; Carlson y Harwood, 2003) los objetivos y las prácticas de socialización de cuidadores de niños pequeños euroestadounidenses y puertorriqueños. En consonancia con sus objetivos de socialización, los cuidadores euroestadounidenses preferían las prácticas educativas que daban a los niños oportunidades de aprendizaje. Estructuraron las situaciones de aprendizaje de forma indirecta, ya que utilizaron sugerencias y aprobaciones verbales para guiar a los niños a actuar de una forma determinada, mientras que les daban margen suficiente para elegir por sí mismos qué hacer exactamente. Los cuidadores puertorriqueños, en cambio, solían utilizar más la autoridad para enseñar a los niños las formas de actuar según lo que ellos esperaban. Intervenían físicamente con más frecuencia (por ejemplo, moviendo físicamente a los niños para que hicieran algo), utilizaban señales más explícitas para obtener la atención de los niños y daban órdenes más directas que los cuidadores euroestadounidenses.[3]

Los cuidadores son fundamentales para el desarrollo y el mantenimiento de las capacidades de autorregulación de los bebés y los niños pequeños. A medida que se desarrollan, los bebés pasan de depender de los cuidadores para que los ayuden a autorregularse a autoregularse de forma más autónoma. Volvamos y proporcionemos más información sobre el escenario del bebé que oye un sonido fuerte e inesperado presentado al principio de este tema. Eli, de 3 meses, es un niño nuevo en la sala de bebés de una guardería. La Sra. Williams, su cuidadora principal, aprendió de su familia qué técnicas funcionan mejor para calmar a Eli cuando está alterado. Un día, un ruido fuerte de la calle despierta de repente a Eli y se pone a llorar. La Sra. Williams lo levanta de su cuna y lo sostiene cerca, balanceándose de un lado a otro hasta que él se relaja y vuelve a dormir. [4] [5]

Como los bebés tienen habilidades de autorregulación limitadas, el rol de los cuidadores es esencial. Al responder al bebé de una manera que satisfaga sus necesidades, el cuidador apoya las nuevas capacidades de regulación del bebé. Como destaca el ejemplo

del escenario, Eli era capaz de expresar su estado interno, pero dependía de su cuidador para que le ayudara a regularlo. Calmar a un

niño sosteniéndolo y balanceándolo o redireccionando su atención es una práctica habitual para regular la angustia. Las acciones reguladoras del cuidador no solo calman al bebé, sino que también le demuestran estrategias de autorregulación culturalmente apropiadas.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Foto de Paul Hanaoka en Unsplash

[2] Schworer et al., (2021). Early regulatory skills and social communication development in infants with Down Syndrome. *Brain Sciences*, *11*(2), 208. CC by 4.0

[3] Jaramillo et al., (2017). Children's self-regulation in cultural contexts: The role of parental socialization theories, goals, and practices. *Frontiers in Psychology*, *8*, 923. CC by 4.0

[4] "Emotional and Behavioral Self-Regulation" de Head Start ECLKC es de dominio público.

[5] Finlay-Jones et al., (2021) Caregiver-mediated interventions to support self-regulation among infants and young children (0–5 years): A protocol for a realist review. *BMJ Open*, *11*(6), e046078. CC by 4.0 NC

8.6.5: Autorregulación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.6: Persistencia

Desarrollo de la persistencia

A medida que los niños crecen, el desarrollo de sus capacidades los llevará a realizar tareas más desafiantes, como escalar nuevos obstáculos y jugar con los juguetes de forma más compleja, por ejemplo,apilando bloques para crear torres altas. Pero cuando estas tareas se convierten en un reto, ¿qué determina cuándo un niño pequeño se rendirá o demostrará su persistencia? La persistencia en la infancia se ha asociado repetidamente con resultados positivos. La persistencia a los 6 meses predice el desarrollo cognitivo a los 14 meses (Banerjee & TamisLeMonda, 2007), la persistencia a los 3 años predice las habilidades lingüísticas y matemáticas en el jardín de infantes (Mokrova et al., 2013), y la persistencia en la infancia predice los logros académicos posteriores (Meier & Albrecht, 2003), el éxito en el trabajo profesional y las relaciones saludables hasta bien entrada la edad adulta (Duckworth, Peterson, Matthews, & Kelly, 2007; EskreisWinkler, Duckworth, Shulman, & Beal, 2014).[1]



Figura 8.6.6.1: Persistir en una tarea difícil. ([2])

Durante las tareas difíciles, consideramos los costos y las recompensas de la persistencia continua. En trabajos recientes se ha demostrado que los niños pequeños también tienen en cuenta los costos y las recompensas a la hora de tomar decisiones. Por ejemplo, los niños de 18 meses sopesan los costos y los beneficios esperados de sus acciones al decidir si ayudan a un adulto a construir una torre compuesta por bloques de diferentes pesos (Sommerville et al., 2018). Cuando a los niños pequeños se les presentó una tarea que los investigadores crearon a propósito para que fuera imposible de hacer, el aumento de los fracasos llevó a una disminución del esfuerzo de los niños pequeños (Radovanovic et al., 2021). Curiosamente, los niños pequeños que intentaron varias estrategias durante la tarea imposible persistieron durante más tiempo en su intento por lograrlo. Esta investigación hace hincapié en la importancia del uso de actividades apropiadas para el desarrollo de los bebés y los niños pequeños, así como la importancia de que los cuidadores demuestren diferentes enfoques para resolver los desafíos.[1]

Un factor que influye incluso en las decisiones de los niños muy pequeños sobre cuándo persistir y cuándo rendirse es el comportamiento de los adultos de su entorno (Kamins & Dweck, 1999; Lucca, Horton & Sommerville, 2019). Por ejemplo, los niños pequeños tienden a hacer generalizaciones sobre cuándo persistir basándose en el comportamiento de los adultos. Cuando los niños de 15 meses observaron a un adulto esforzarse para lograr un objetivo concreto (por ejemplo, probando diferentes estrategias o repitiendo acciones), ellos mismos intentaron usar un juguete novedoso más veces que los niños pequeños que observaron a un adulto tener éxito después de poco o ningún esfuerzo (Leonard, Lee & Schulz, 2017). Así, nuestra persistencia con tareas desafiantes como cuidadores es una demostración para que los bebés y los niños pequeños aprendan por sí mismos sobre la persistencia.[1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Rett & Walker (2020). Knowing when to quit: Children consider access to solutions when deciding whether to persist. *Cognitive Science*. CC by 4.0

[2] Foto de Alexander Dummer en Unsplash

8.6.6: Persistencia is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.7: Habilidades espaciales

Desarrollo de habilidades espaciales

Las habilidades espaciales se refieren al procesamiento cognitivo de la información espacial, que “implica formas, ubicaciones, caminos, relaciones entre entidades y relaciones entre entidades y marcos de referencia” (Newcombe & Shipley, 2015). Las habilidades espaciales son una parte importante del desarrollo cognitivo porque las habilidades espaciales tempranas están asociadas al uso de mapas (Liben et al., 2013), las habilidades numéricas (Zhang, 2016; Cornu et al., 2018; Fanari et al., 2019), el razonamiento y el conocimiento matemático (Casey et al., 2015; Rittle-Johnson et al., 2019), las habilidades tempranas de escritura (Bourke et al., 2014), las habilidades motoras (Jansen & Heil, 2010) y las funciones ejecutivas (Lehmann et al., 2014; Frick and Baumeler, 2017).[1] Persistir en una tarea difícil. ([2])



Figura 8.6.7.1: Niño pequeño apilando bloques ([2])

El pensamiento espacial suele implicar una rotación mental. La rotación mental se refiere a la capacidad de imaginar cómo se vería un objeto que se ha visto desde una perspectiva si se rotara en el espacio hacia una nueva orientación y se viera desde la nueva perspectiva. Esta capacidad es crucial incluso para los bebés, ya que desde poco después de nacer se enfrentan objetos en movimiento y en rotación en su entorno natural y deben representarlos cognitivamente. Tanto si se trata de un cuidador como de su juguete favorito, los bebés deben aprender a reconocer a las personas y los objetos cuando los ven desde distintas orientaciones. La Figura 8.6.7.2 es un ejemplo de un ítem de prueba frecuentemente utilizado para medir la rotación mental. En la parte superior hay una imagen de un estímulo “igual” en el que el objeto de la derecha es el mismo que el de la izquierda, solo que girado. En la parte inferior hay una imagen de un estímulo “diferente”, sin importar cómo se gire la imagen de la izquierda, no puede ser representada por la imagen de la derecha.[3] [4] [5]

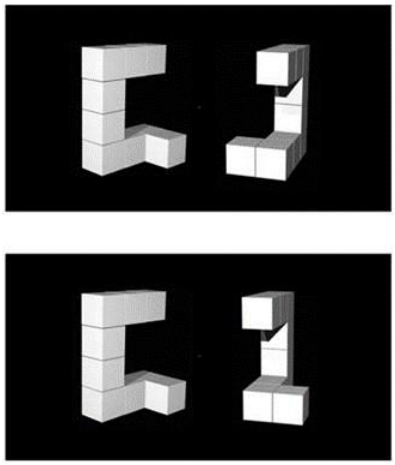


Figura \(\
PageIndex
{2}\):
Ejemplo del ítem de una prueba de rotación mental. ([6])

En varios estudios se ha informado sobre la presencia de habilidades de rotación mental en bebés de tan solo 3 a 5 meses de edad, con la presencia de mayores habilidades en los niños que en las niñas en la primera infancia (Constantinescu et al., 2018; Johnson & Moore, 2020; Lauer et al., 2015; Quinn & Liben, 2014). Como ejemplo, Moore y Johnson (2008) habituaron a bebés de tres meses a

un vídeo de un objeto, como el de la Figura 8.6.7.3, mientras giraba alrededor de su eje vertical. Luego, en los ensayos de prueba, los bebés veían el mismo objeto (solo girado) o un objeto diferente (su imagen en el espejo). En la Figura 9. 6.7.4 la imagen A representa la "parte trasera" del objeto de habituación visto en la Figura 8.6.7.4 (por lo tanto, es la misma imagen, solo que girada). En la
Figura 8.6.7.4, la imagen B representa la imagen reflejada del objeto visto en la imagen A. Los resultados del estudio revelaron que solo los niños, y no las niñas, diferenciaron entre el mismo objeto y el objeto reflejado. Por lo tanto, la rotación mental se desarrolla ya a los tres meses de edad, con una diferencia de género que favorece a los varones en la capacidad de rotar mentalmente un objeto en el espacio tridimensional.[7]

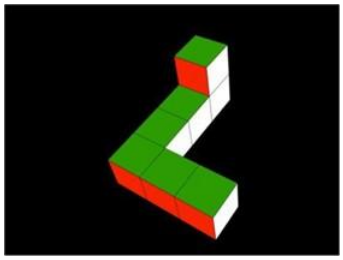


Figura 8.6.7.3: Objeto geométrico tridimensional. (Derechos de autor; autor a través de la fuente)

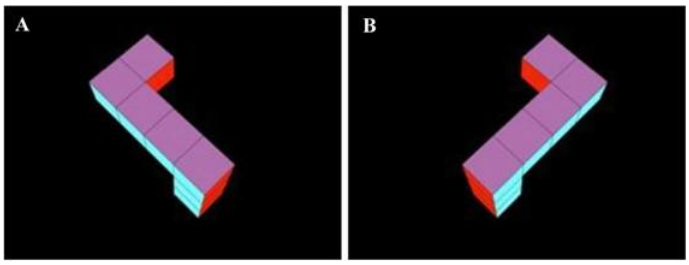


Figura \(\PageIndex{4}\): Objetos geométricos tridimensionales. (Derechos de autor; autor a través de la fuente)

Los estudios sugieren que hay varios factores que podrían ser importantes para apoyar el desarrollo temprano de las capacidades de rotación mental. Campos et al. (2000) aportaron pruebas de que la locomoción autoproducida, como el gateo, es relevante para la capacidad visual-cognitiva infantil en general, mientras que otros estudios han demostrado una asociación específica entre el gateo infantil y la habilidad de rotación mental (Gerhard-Samunda, Jovanovic & Schwarzer, 2021; Schwarzer et al., 2012). Además, la exploración manual de objetos, como cuando los bebés y los niños pequeños utilizan sus manos para manipular, girar y transferir objetos, podría estar asociada con la habilidad de rotación mental de los bebés (Möhring & Frick, 2013; (Soska et al., 2010). Estos resultados demuestran una relación entre las habilidades de rotación mental en bebés y niños pequeños y la exploración de objetos y del entorno. Los cuidadores pueden apoyar el desarrollo de la capacidad de rotación mental animando a los bebés y los niños pequeños a explorar directamente con sus manos objetos de distintos tamaños, formas, colores, etc., y apoyando la exploración en los niños con movilidad.[7]



Figura \(\
PageIndex
{5}\):
Un niño pequeño explorando objetos con sus manos. ([8])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Yang et al., (2020). Is early spatial skills training effective? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1938. CC by 4.0

[2] Imagen de Ryan Fields en Unsplash

[3] Johnson & Moore (2020) Spatial thinking in infancy: Origins and development of mental rotation between 3 and 10 months of age. *Cognitive Research: Principles and Implications*, *5*(1), 1-14. CC by 4.0

[4] Schwarzer et al., (2013) How crawling and manual object exploration are related to the mental rotation abilities of 9-month-old infants. *Frontiers in Psychology*, *4*, 97. CC by 4.0

[5] Ganis & Kievit (2015) A new set of three-dimensional shapes for investigating mental rotation processes: Validation data and stimulus set. *Journal of Open Psychology Data*, *3*(1), e3. CC by 3.0

[6] Imagen de Ganis & Kievit (2015) A new set of three-dimensional shapes for investigating mental rotation processes: Validation data and stimulus set. *Journal of Open Psychology Data*, *3*(1), e3. CC by 3.0

[7] Schwarzer et al., (2013) How crawling and manual object exploration are related to the mental rotation abilities of 9-month-old infants. *Frontiers in Psychology*, *4*, 97. CC by 4.0

[8] Imagen de Jelleke Vanooteghem en Unsplash

8.6.7: Habilidades espaciales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.6.8: Mentalidad y elogios

Efecto de los elogios en la mentalidad

Como estudiante, ¿cuáles eran tus clases favoritas y las que menos te gustaban en la escuela? Para muchas personas, la clase que menos les gusta es la de matemáticas y pueden decir frases como “no soy bueno para las matemáticas”. Esta afirmación sugiere que las personas nacen con habilidades específicas (como ser hábil para las matemáticas, el arte o los deportes, etc.). El problema de esta afirmación es que no nacemos “buenos” o “malos” para las matemáticas. Si bien es cierto que la genética y el entorno influyen en el desarrollo de las capacidades, también lo hace la mentalidad que tenemos.

Las mentalidades se definen como creencias implícitas que los individuos tienen sobre las habilidades y atributos humanos básicos, como la inteligencia (Dweck, 2006). Existen en un espectro que va desde las mentalidades fijas, que tienen la creencia de que determinados atributos humanos son estáticos e inmutables, hasta las mentalidades de crecimiento, que se refieren a la creencia de que estos atributos son maleables y pueden moldearse y desarrollarse con esfuerzo. Entonces, si volvemos a las matemáticas, alguien que dice “no soy bueno para las matemáticas” probablemente tiene una mentalidad fija porque está sugiriendo que las habilidades humanas son inmutables: se nace siendo bueno para las matemáticas o no. Por el contrario, alguien con una mentalidad de crecimiento puede tener dificultades con las matemáticas, pero aún así cree que su habilidad en matemáticas puede cambiar: practicar más y encontrar nuevas estrategias puede ayudarle a mejorar.[1]

El rol de las mentalidades ha sido ampliamente investigado en el ámbito educativo, especialmente con niños mayores, ya que las mentalidades están relacionadas con la motivación y el comportamiento, incluyendo la forma en que los estudiantes manejan los contratiempos y los desafíos académicos (Blackwell, Trzesniewski & Dweck, 2007; Aditomo, 2015). Las personas con una mentalidad fija son más propensas a interpretar sus contratiempos como una falta de habilidad innata en comparación con las personas con una mentalidad de crecimiento, que en cambio atribuyen los contratiempos a la falta de esfuerzo (Dweck, Chiu & Hong, 1995; Dweck, 2006). La mentalidad de crecimiento se ha relacionado con una mayor resiliencia, bienestar psicológico y compromiso escolar de los estudiantes (Yeager et al., 2019; Zeng, Hou & Peng, 2016).[1]

¿Por qué algunas personas tienen una mentalidad de crecimiento mientras que otras tienen una mentalidad fija? ¿Qué factores contribuyen a que alguien desarrolle una mentalidad específica? A medida que los bebés y los niños pequeños se desarrollan, con frecuencia revelan habilidades nuevas que a los cuidadores les emociona descubrir. Los elogios son una respuesta común a estas nuevas habilidades. Aunque los elogios pueden parecer una respuesta positiva, en las investigaciones se reveló que el efecto de los elogios depende del tipo su tipo y que, sorprendentemente, algunos tipos de elogios afectan negativamente a la motivación de la persona que los recibe. En muchos estudios se descubrió que recibir elogios centrados en el esfuerzo afectaba positivamente a la motivación, mientras que recibir elogios centrados en la habilidad afectaba negativamente a la motivación (por ejemplo, Brummelman et al., 2014; Mueller & Dweck, 1998). En un estudio sin precedentes realizado por Mueller y Dweck (1998), se pidió a niños de quinto grado que trabajaran en una serie de tareas; luego, se les elogió por su habilidad (por ejemplo, “Debes ser inteligente”), por su esfuerzo (por ejemplo, “Debes haber trabajado duro”), o no recibieron ningún comentario adicional (es decir, el grupo de control). Posteriormente, los niños recibían una serie de problemas más difíciles y fallaban. En comparación con los niños del grupo de control, los niños del grupo que recibió elogios por su esfuerzo manifestaron disfrutar más la tarea y tuvieron un mejor rendimiento en la tarea posterior, mientras que los niños del grupo que recibió elogios por su habilidad manifestaron disfrutar menos de la tarea y tuvieron un peor rendimiento en la tarea posterior.[2]

> Estos efectos de los elogios centrados en la habilidad y en el esfuerzo están relacionados con la mentalidad de cada uno sobre sus habilidades y sus atributos (por ejemplo, Gunderson et al., 2013; Pomerantz & Kempner, 2013). Los niños que reciben elogios centrados en su esfuerzo tienden a adoptar una mentalidad de crecimiento, y su disfrute y posterior rendimiento en la tarea son altos tras el fracaso. Por el contrario, los que reciben elogios centrados en su habilidad tienden a adoptar una mentalidad fija, y su disfrute y posterior rendimiento en la tarea son bajos tras el fracaso (Dweck, 2008; Mueller y Dweck, 1998). El elogio centrado en el esfuerzo hace hincapié en el papel fundamental del esfuerzo para el crecimiento o la mejora, mientras que el elogio centrado en la habilidad implica que la inteligencia de los individuos es un rasgo interno y quizás fijo o estable.[2]

Las investigaciones realizadas con bebés y niños pequeños demuestran que la mentalidad sobre las habilidades propias ya se está formando durante los primeros tres años de vida y que el tipo de elogios que reciben por parte de los cuidadores es importante para formar la mentalidad del niño. Los niños pequeños de dieciocho meses que tienen cuidadores que utilizan más elogios centrados en el esfuerzo son más persistentes en las tareas desafiantes (Lucca, Horton & Sommerville, 2019). Los niños pequeños que reciben

más elogios centrados en la habilidad por parte de sus cuidadores son más propensos a tener una mentalidad de crecimiento más adelante en la infancia como niños de 7 a 8 años (Gunderson et al., 2013) y un mayor rendimiento académico en el cuarto grado (Gunderson et al., 2018).

Como cuidadores de bebés y niños pequeños, no solo debemos ser conscientes de cómo nuestros elogios afectan a la mentalidad en desarrollo de los niños, sino también del impacto que puede tener nuestra propia mentalidad. Las investigaciones recientes se han centrado en la mentalidad de los cuidadores como un factor clave que puede moldear los comportamientos y las perspectivas de los cuidadores hacia los niños (Justice et al., 2020). La mentalidad de los cuidadores se refiere a las creencias que tienen estas personas respecto a si el desarrollo de los niños es fijo o maleable, así como su creencia en la importancia del esfuerzo para el aprendizaje (Sisk et al., 2018).[3]

Recientemente, Rowe y Leech (2018) implementaron un experimento de asignación aleatoria para examinar el uso de una intervención de la mentalidad del cuidador para mejorar las interacciones no verbales de los cuidadores con bebés de 10 meses. Los cuidadores asignados a una condición de formación participaron en una formación que se enfocaba en la maleabilidad de las habilidades lingüísticas tempranas y en que los cuidadores pueden desempeñar un papel clave en la facilitación de estas habilidades a través de interacciones no verbales. En comparación con los cuidadores de un grupo de control, los cuidadores formados interactuaban con más frecuencia con sus hijos a los 12 meses de edad, y este efecto era especialmente fuerte para los cuidadores que originalmente tenían una mentalidad fija. Estas investigaciones sugieren que la mentalidad del cuidador puede ser un factor clave para mejorar las experiencias tempranas y el desarrollo de los niños. Para descubrir cuál es tu mentalidad, (\PageIndex{1}\) presenta una breve evaluación de la mentalidad.[3]

Example 8.6.8.1 Actividad de la mentalidad

Instrucciones: Seleccione una respuesta para cada una de las ocho preguntas.

1. “No importa cuánta inteligencia tengas, siempre puedes cambiarla mucho”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo
2. “Puedes aprender cosas nuevas, pero no puedes cambiar realmente tu nivel básico de inteligencia”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo
3. “Me gusta más mi trabajo cuando me hace pensar mucho”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo
4. “Me gusta más mi trabajo cuando puedo hacerlo realmente bien sin demasiados problemas”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo

5. “Me gusta el trabajo del que voy a aprender, aunque cometa muchos errores”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo
6. “Me gusta más mi trabajo cuando puedo hacerlo perfectamente sin ningún error”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo
7. “Cuando algo es difícil, solo hace que quiera trabajar más en ello, no menos”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo
8. “A decir verdad, cuando trabajo arduamente, me hace sentir que no soy muy inteligente”
    1. Discrepo mucho
    2. No estoy de acuerdo
    3. Discrepo un poco
    4. Estoy un poco de acuerdo
    5. Estoy de acuerdo
    6. Estoy muy de acuerdo

Las investigaciones sugieren que la mentalidad comienza a desarrollarse durante la infancia y la niñez y que los cuidadores desempeñan un rol fundamental en la mentalidad que desarrollan los niños. El tipo de elogio que utilizamos es importante. Los cuidadores deben ser conscientes de sus elogios e intentar utilizar más elogios centrados en el esfuerzo en un intento de ayudar a los niños a desarrollar una mentalidad de crecimiento. Utilizar elogios centrados en el esfuerzo con los bebés y los niños pequeños es importante, ya que su mentalidad está empezando a desarrollarse y los elogios centrados en el esfuerzo durante los tres primeros años están relacionados con el desarrollo de una mentalidad de crecimiento y del desempeño educativo más adelante en la infancia.

Referencias

[1] Puusepp y otros, (2021) Mindsets and neural mechanisms of automatic reactions to negative feedback in mathematics in elementary school students. *Frontiers in Psychology*, 3297. CC by 4.0

[2] Kakinuma et al., (2021). Praise affects the “Praiser”: effects of ability-focused vs. effort-focused praise on motivation. *The Journal of Experimental Education*, 1-22. CC by 4.0

[3] Justice et al., (2020) Parents’ growth mindsets and home-learning activities: A cross-cultural comparison of Danish and U.S. parents. *Frontiers in Psychology, 11*, 1365. CC by 4.0

[4] Burgoyne & Macnamara (2021). Reconsidering the use of the mindset assessment profile in educational contexts. *Journal of Intelligence*, *9*(3), 39. CC by 4.0

8.6.8: Mentalidad y elogios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.7: Conclusión

Conclusión de Visión general del desarrollo cognitivo

Mientras que antes se pensaba que la experiencia que tiene un niño pequeño cuando se relaciona con el mundo es una “confusión floreciente y zumbante” (James, 1890), en las investigaciones se ha revelado que los niños, utilizando la cognición, le dan sentido al mundo que los rodea de formas complejas. Mientras que algunos procesos cognitivos parecen ser innatos, otros se desarrollan a lo largo de los tres primeros años de vida. Lo que está claro es que, a través de las experiencias cotidianas con cuidadores que los apoyan, los bebés y los niños pequeños dan sentido a su mundo y desarrollan habilidades cognitivas importantes que seguirán desarrollando más adelante en la infancia.

8.7: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

8.8: Referencias

Aditomo, A. (2015). Students' response to academic setback: "Growth mindset" as a buffer against demotivation. *International Journal of Educational Psychology, 4*(2), 198-222.

Aslin, R. N. (2007). What's in a look? *Developmental Science, 10*(1), 48-53.

Baillargeon, R. (1987). Object permanence in 3½-and 4½-month-old infants. *Developmental Psychology, 23*(5), 655.

Baillargeon, R. (2004). Infants' physical world. *Current Directions in Psychological Science, 13*(3), 89-94.

Bahrick, L. E., Todd, J. T., Castellanos, I., & Sorondo, B. M. (2016). Enhanced attention to speaking faces versus other event types emerges gradually across infancy. *Developmental Psychology, 52*(11), 1705.

Balaban, M. T., & Waxman, S. R. (1997). Do words facilitate object categorization in 9-month-old infants? *Journal of Experimental Child Psychology, 64*(1), 3-26.

Banerjee, P. N., & Tamis-LeMonda, C. S. (2007). Infants' persistence and mothers' teaching as predictors of toddlers' cognitive development. *Infant Behavior and Development, 30*(3), 479-491.

Barr, R., & Hayne, H. (2003). It's not what you know, it's who you know: Older siblings facilitate imitation during infancy. *International Journal of Early Years Education, 11*(1), 7-21.

Beilin, H., & Fireman, G. (1999). The foundation of Piaget's theories: Mental and physical action. *Advances in Child Development and Behavior, 27*, 221-246.

Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development, 81*(1), 326-339.

Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development, 78*(1), 246-263.

Bohlmann, N. L., & Downer, J. T. (2016). Self-regulation and task engagement as predictors of emergent language and literacy skills. *Early Education and Development, 27*(1), 18-37.

Bornstein, M. H., & Sigman, M. D. (1986). Continuity in mental development from infancy. *Child Development*, 251-274.

Bourke, L., Davies, S. J., Sumner, E., & Green, C. (2014). Individual differences in the development of early writing skills: Testing the unique contribution of visuo-spatial working memory. *Reading and Writing, 27(*2), 315-335.

Bradley, R. H., McKelvey, L. M., & Whiteside-Mansell, L. (2011). Does the quality of stimulation and support in the home environment moderate the effect of early education programs? *Child Development, 82*(6), 2110-2122.

Bremner, J. G., Slater, A. M., & Johnson, S. P. (2015). Perception of object persistence: The origins of object permanence in infancy. *Child Development Perspectives, 9*(1), 7-13.

Brummelman, E., Thomaes, S., Overbeek, G., Orobio de Castro, B., Van Den Hout, M. A., & Bushman, B. J. (2014). On feeding those hungry for praise: Person praise backfires in children with low self-esteem. *Journal of Experimental Psychology: General, 143*(1), 9.

Calkins, S.D. (2007). *The emergence of self-regulation: Biological and behavioral control mechanisms supporting toddler competencies*. In Socioemotional Development in the Toddler Years: Transitions and Transformations; Guilford Press: New York, NY, USA.

Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology, 14*(3), 477-498.

Campos, J. J., Anderson, D. I., Barbu-Roth, M. A., Hubbard, E. M., Hertenstein, M. J., & Witherington, D. (2000). Travel broadens the mind. *Infancy, 1*(2), 149-219.

Carey, S. (2009). Where our number concepts come from. *The Journal of Philosophy, 106*(4), 220.

Carlson, S. M. (2003). Executive function in context: Development, measurement, theory, and experience. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 68*(3), 138-151.

Carlson, S. M. (2005). Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology, 28*, 595–616.

Casey, B. M., Pezaris, E., Fineman, B., Pollock, A., Demers, L., & Dearing, E. (2015). A longitudinal analysis of early spatial skills compared to arithmetic and verbal skills as predictors of fifth-grade girls' math reasoning. *Learning and Individual Differences, 40*, 90-100.

Caughy, M. O. B., Mills, B., Owen, M. T., & Hurst, J. R. (2013). Emergent self-regulation skills among very young ethnic minority children: A confirmatory factor model. *Journal of Experimental Child Psychology, 116*(4), 839–855.

Chen, X., Hastings, P. D., Rubin, K. H., Chen, H., Cen, G., & Stewart, S. L. (1998). Child-rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: a cross-cultural study. *Developmental Psychology, 34*(4), 677.

Cheng, N., Lu, S., Archer, M., & Wang, Z. (2018). Quality of maternal parenting of 9-month-old infants predicts executive function performance at 2 and 3 years of age. *Frontiers in Psychology, 8*, 2293.

Chua, H. F., Boland, J. E., & Nisbett, R. E. (2005). Cultural variation in eye movements during scene perception. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 102*(35), 12629-12633.

Colombo, J. (1993). *Infant cognition* (Vol. 5). Sage.

Colombo, J., & Mitchell, D. W. (2009). Infant visual habituation. *Neurobiology of learning and memory, 92*(2), 225-234.

Constantinescu, M., Moore, D. S., Johnson, S. P., & Hines, M. (2018). Early contributions to infants' mental rotation abilities. *Developmental Science, 21*(4), e12613.

Cornu, V., Schiltz, C., Martin, R., & Hornung, C. (2018). Visuo-spatial abilities are key for young children's verbal number skills. *Journal of Experimental Child Psychology, 166*, 604-620.

Côté, S. M., Mongeau, C., Japel, C., Xu, Q., Séguin, J. R., & Tremblay, R. E. (2013). Child care quality and cognitive development: Trajectories leading to better preacademic skills. *Child Development, 84*(2), 752-766.

Dawkins, M. B., Sloane, S., & Baillargeon, R. (2019). Do infants in the first year of life expect equal resource allocations? *Frontiers in Psychology, 10*, 116.

Daneri, M. P., Blair, C., Kuhn, L. J., & FLP Key Investigators (2019). Maternal language and child vocabulary mediate relations between socioeconomic status and executive function during early childhood. *Child Development, 90*(6), 2001-2018.

Dewar, K., & Xu, F. (2007). Do 9-month-old infants expect distinct words to refer to kinds? *Developmental Psychology, 43*(5), 1227.

Diamond, A. (2012). Activities and programs that improve children's executive functions. *Current Directions in Psychological Science, 21*, 335–341.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology, 64*, 135-168.

Diamond, A., Kirkham, N., & Amso, D. (2002). Conditions under which young children can hold two rules in mind and inhibit a prepotent response. *Developmental Psychology, 38*, 352–362.

Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit: perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(6), 1087.

Dweck, C. S., Chiu, C. Y., & Hong, Y. Y. (1995). Implicit theories and their role in judgments and reactions: A word from two perspectives. *Psychological Inquiry, 6*(4), 267-285.

Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. New York, NY: Random House.

Dweck, C. S. (2008). Mindsets: How praise is harming youth and what can be done about it. *School Library Media Activities Monthly, 24*(5), 55.

Ellefson, M. R., Ng, F. F. Y., Wang, Q., & Hughes, C. (2017). Efficiency of executive function: a two-generation cross-cultural comparison of samples from Hong Kong and the United Kingdom. *Psychological Science, 28*(5), 555-566.

Eskreis-Winkler, L., Duckworth, A. L., Shulman, E. P., & Beal, S. (2014). The grit effect: Predicting retention in the military, the workplace, school and marriage. *Frontiers in Psychology, 5*, 36.

Fanari, R., Meloni, C., & Massidda, D. (2019). Visual and spatial working memory abilities predict early math skills: a longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2460.

Fay-Stammbach, T., Hawes, D. J., & Meredith, P. (2014). Parenting influences on executive function in early childhood: A review. *Child Development Perspectives*, *8*(4), 258-264.

Feigenson, L. (2011). Predicting sights from sounds: 6-month-olds' intermodal numerical abilities. *Journal of Experimental Child Psychology*, *110*(3), 347-361.

Feigenson, L., Libertus, M. E., & Halberda, J. (2013). Links between the intuitive sense of number and formal mathematics ability. *Child Development Perspectives*, *7*(2), 74-79.

Ferry, A. L., Hespos, S. J., & Waxman, S. R. (2010). Categorization in 3-and 4-month-old infants: an advantage of words over tones. *Child Development*, *81*(2), 472-479.

Ferry, A. L., Hespos, S. J., & Waxman, S. R. (2013). Nonhuman primate vocalizations support categorization in very young human infants. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *110*(38), 15231-15235.

Fiske, A., & Holmboe, K. (2019). Neural substrates of early executive function development. *Developmental Review*, *52*, 42-62.

Forget-Dubois, N., Dionne, G., Lemelin, J. P., Pérusse, D., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2009). Early child language mediates the relation between home environment and school readiness. *Child Development*, *80*(3), 736-749.

Fraley, R. C., Roisman, G. I., & Haltigan, J. D. (2013). The legacy of early experiences in development: formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. Developmental Psychology, 49(1), 109.

Friedman, N. P., & Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*, *86*, 186–204.

Fulkerson, A. L., & Waxman, S. R. (2007). Words (but not tones) facilitate object categorization: Evidence from 6-and 12-month-olds. *Cognition*, *105*(1), 218-228.

Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: a review using an integrative framework. *Psychological Bulletin*, *134*(1), 31.

Gerhard-Samunda, T. M., Jovanovic, B., & Schwarzer, G. (2021). Role of manually-generated visual cues in crawling and non-crawling 9-month-old infants' mental rotation. *Cognitive Development*, *59*, 101053.

Goertz, C., Lamm, B., Graf, F., Kolling, T., Knopf, M., & Keller, H. (2011). Deferred imitation in 6-month-old German and Cameroonian Nso infants. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, *10*(1), 44-55.

Gergely, G., Bekkering, H., & Király, I. (2002). Rational imitation in preverbal infants. *Nature*, *415*(6873), 755-755.

Grabell, A. S., Olson, S. L., Miller, A. L., Kessler, D. A., Felt, B., Kaciroti, N., ... & Tardif, T. (2015). The impact of culture on physiological processes of emotion regulation: A comparison of US and Chinese preschoolers. *Developmental Science*, *18*(3), 420-435.

Gunderson, E. A., Gripshover, S. J., Romero, C., Dweck, C. S., Goldin-Meadow, S., & Levine, S. C. (2013). Parent praise to 1-to 3-year-olds predicts children's motivational frameworks 5 years later. *Child Development*, *84(*5), 1526-1541.

Gunderson, E. A., Sorhagen, N. S., Gripshover, S. J., Dweck, C. S., Goldin-Meadow, S., & Levine, S. C. (2018). Parent praise to toddlers predicts fourth grade academic achievement via children's incremental mindsets. *Developmental Psychology*, *54*(3), 397.

Halberda, J., & Feigenson, L. (2008). Developmental change in the acuity of the" Number Sense": The Approximate Number System in 3-, 4-, 5-, and 6-year-olds and adults. *Developmental Psychology*, *44*(5), 1457.

Hammond, S. I., Müller, U., Carpendale, J. I., Bibok, M. B., & Liebermann-Finestone, D. P. (2012). The effects of parental scaffolding on preschoolers' executive function. *Developmental Psychology*, *48*(1), 271.

Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2005). Can instructional and emotional support in the first-grade classroom make a difference for children at risk of school failure? *Child Development*, *76*, 949–967.

Helmerhorst, K. O., Colonnesi, C., & Fukkink, R. G. (2019). Caregiver's mind-mindedness in early center-based childcare. *Early Education and Development*, *30*(7), 854-871.

Hendry, A., & Holmboe, K. (2021). Development and validation of the Early Executive Functions Questionnaire: A carer-administered measure of executive functions suitable for 9-to 30-month-olds. *Infancy*.

Hendry, A., Jones, E. J. H., & Charman, T. (2016). Executive function in the first three years of life: Precursors, predictors and patterns. *Developmental Review, 42*, 1– 33.

Henry, L. A., Messer, D. J., & Nash, G. (2012). Executive functioning in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*, 37–45.

Hespos, S. J., & Rochat, P. (1997). Dynamic mental representation in infancy. *Cognition*, *64*(2), 153-188.

Hughes, C., Devine, R. T., & Wang, Z. (2018). Does parental mind-mindedness account for cross-cultural differences in preschoolers' theory of mind? *Child Development*, *89*(4), 1296-1310.

Hughes, C. H., & Ensor, R. A. (2009). How do families help or hinder the emergence of early executive function? *New Directions for Child and Adolescent Development*, *2009*(123), 35-50.

Izard, V., Sann, C., Spelke, E. S., & Streri, A. (2009). Newborn infants perceive abstract numbers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106*(25), 10382-10385.

Jackson, I., & Sirois, S. (2009). Infant cognition: going full factorial with pupil dilation. *Developmental Science*, *12*(4), 670-679.

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jansen, P., & Heil, M. (2010). The relation between motor development and mental rotation ability in 5-to 6-year-old children. *International Journal of Developmental Science*, *4*(1), 67-75.

Jaramillo, J. M., Rendón, M. I., Muñoz, L., Weis, M., & Trommsdorff, G. (2017). Children's self-regulation in cultural contexts: The role of parental socialization theories, goals, and practices. *Frontiers in Psychology, 8*, 923.

Jian, H. (2009). A Contrastive study of cultural diversity of learning styles between China and the United States. *International Education Studies*, *2*(1), 163-166.

Johnson, S. P., & Moore, D. S. (2020). Spatial thinking in infancy: Origins and development of mental rotation between 3 and 10 months of age. *Cognitive Research: Principles and Implications*, *5*(1), 1-14.

Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology Review, 17*(3), 213-233.

Justice, L. M., Purtell, K. M., Bleses, D., & Cho, S. (2020). Parents' growth mindsets and home-learning activities: A cross-cultural comparison of Danish and U.S. parents. *Frontiers in Psychology, 11*, 1365.

Kamins, M. L., & Dweck, C. S. (1999). Person versus process praise and criticism: implications for contingent self-worth and coping. *Developmental Psychology, 35*(3), 835.

Kennedy-Costantini, S., Oostenbroek, J., Suddendorf, T., Nielsen, M., Redshaw, J., Davis, J., ... & Slaughter, V. (2017). There is no compelling evidence that human neonates imitate. *Behavioral and Brain Sciences, 40*.

Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology, 36*, 220–232.

Köster, M., Langeloh, M., & Hoehl, S. (2019). Visually entrained theta oscillations increase for unexpected events in the infant brain. *Psychological Science*, *30*(11), 1656-1663.

Kuchirko, Y., & Nayfeld, I. (2020). Language gap: Cultural assumptions and ideologies. In *International approaches to bridging the language gap* (pp. 32-53). IGI Global.

Kuchirko, Y. A., & Tamis-LeMonda, C. S. (2019). The cultural context of infant development: Variability, specificity, and universality. In *Advances in child development and behavior* (Vol. 57, pp. 27-63). JAI.

Kugiumutzakis, G., & Trevarthen, C. (2015). Neonatal imitation. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 16*, 481-488.

Ladd, G. W., Birch, S. H., & Buhs, E. S. (1999). Children's social and scholastic lives in kindergarten: Related spheres of influence? *Child Development, 70*, 1373–1400.

Lan, X., Legare, C. H., Ponitz, C. C., Li, S., & Morrison, F. J. (2011). Investigating the links between the subcomponents of executive function and academic achievement: A cross-cultural analysis of Chinese and American preschoolers. *Journal of Experimental Child Psychology, 108*(3), 677-692.

Landry, S. H., Miller-Loncar, C. L., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2002). The role of early parenting in children's development of executive processes. *Developmental Neuropsychology, 21*(1), 15-41.

Lauer, J. E., Udelson, H. B., Jeon, S. O., & Lourenco, S. F. (2015). An early sex difference in the relation between mental rotation and object preference. *Frontiers in Psychology, 6*, 558.

Lehmann, J., Quaiser-Pohl, C., & Jansen, P. (2014). Correlation of motor skill, mental rotation, and working memory in 3-to 6-year-old children. *European Journal of Developmental Psychology, 11*(5), 560-573.

Leonard, J. A., Lee, Y., & Schulz, L. E. (2017). Infants make more attempts to achieve a goal when they see adults persist. *Science, 357*(6357), 1290-1294.

Lewis, C., Koyasu, M., Oh, S., Ogawa, A., Short, B., & Huang, Z. (2009). Culture, executive function, and social understanding. *New Directions for Child and Adolescent Development, 123*, 69-85.

Liben, L. S., Myers, L. J., Christensen, A. E., & Bower, C. A. (2013). Environmental-Scale map use in middle childhood: Links to spatial skills, strategies, and gender. *Child Development, 84*(6), 2047-2063.

Libertus, M. E., Feigenson, L., & Halberda, J. (2013). Is approximate number precision a stable predictor of math ability?. *Learning and Individual Differences, 25*, 126-133.

Lin, B., Coburn, S. S., & Eisenberg, N. (2016). Self-regulation and reading achievement. In *The cognitive development of reading and reading comprehension* (pp. 75-94). Routledge.

Lipton, J. S., & Spelke, E. S. (2003). Origins of number sense: Large-number discrimination in human infants. *Psychological Science, 14*(5), 396-401.

Lucca, K., Horton, R., & Sommerville, J. A. (2019). Keep trying!: Parental language predicts infants' persistence. *Cognition, 193*, 104025.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science, 11*(3), F9-F16.

Matte-Gagné, C., & Bernier, A. (2011). Prospective relations between maternal autonomy support and child executive functioning: Investigating the mediating role of child language ability. *Journal of Experimental Child Psychology, 110*(4), 611-625.

Mazzocco, M. M., Feigenson, L., & Halberda, J. (2011). Preschoolers' precision of the approximate number system predicts later school mathematics performance. *PLoS One, 6*(9), e23749.

McClelland, M. M., Cameron, C. E., Duncan, R., Bowles, R. P., Acock, A. C., Miao, A., & Pratt, M. E. (2014). Predictors of early growth in academic achievement: The head-toes-knees-shoulders task. *Frontiers in Psychology, 5*, 599.

McCormick, B. J., Caulfield, L. E., Richard, S. A., Pendergast, L., Seidman, J. C., Maphula, A., Koshy, B., Blacy, L., Roshan, R., Baitun, N., Shrestha, R., Rasheed, M., Svensen, S., Rasmussen, Z., Scharf, R., Haque, S., Oria, R., & Murray-Kolb, L. E. (2020). Early life experiences and trajectories of cognitive development. *Pediatrics, 146*(3).

Meier, G., & Albrecht, M. H. (2003). The persistence process: Development of a stage model for goal-directed behavior. *Journal of Leadership & Organizational Studies, 10*(2), 43-54.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. J*ournal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(5), 637–648.

Meltzoff, A. N., & Marshall, P. J. (2018). Human infant imitation as a social survival circuit. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 24*, 130-136.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science, 198*(4312), 75-78.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 702-709.

Meltzoff, A. N., Murray, L., Simpson, E., Heimann, M., Nagy, E., Nadel, J., Pedersen, E. J., Brooks, R., Messinger, D., De Pascalis, L., Subiaul, F., Paukner, A., & Ferrari, P. F. (2018). Re-examination of Oostenbroek et al.(2016): Evidence for neonatal

imitation of tongue protrusion. *Developmental Science*, *21*(4), e12609.

Miller, D. J., Spiridigliozzi, G., Ryan, E. B., Callan, M. P., & Mclaughlin, J. E. (1980). Habituation and cognitive performance: Relationships between measures at four years of age and earlier assessments. *International Journal of Behavioral Development*, *3*(2), 131-146.

Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organisation of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, *21*(1), 8–14.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, *41*(1), 49-100.

Möhring, W., & Frick, A. (2013). Touching up mental rotation: Effects of manual experience on 6-month-old infants’ mental object rotation. *Child Development*, *84*(5), 1554-1565.

Mokrova, I. L., O’Brien, M., Calkins, S. D., Leerkes, E. M., & Marcovitch, S. (2013). The role of persistence at preschool age in academic skills at kindergarten. *European Journal of Psychology of Education*, *28*(4), 1495-1503.

Monroy, C., Shafto, C., Castellanos, I., Bergeson, T., & Houston, D. (2019). Visual habituation in deaf and hearing infants. *PloS One*, *14*(2), e0209265.

Moore, D. S., & Johnson, S. P. (2011). Mental rotation of dynamic, three-dimensional stimuli by 3-month-old infants. *Infancy*, *16*(4), 435-445.

Monsell, S. (2003). Task switching. *Trends in Cognitive Sciences*, *7*(3), 134-140.

Mueller, C. M., & Dweck, C. S. (1998). Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(1), 33.

Newcombe, N. S., & Frick, A. (2010). Early education for spatial intelligence: Why, what, and how. *Mind, Brain, and Education*, *4*(3), 102-111.

Newcombe, N. S., and Shipley, T. F. (2015). Thinking about spatial thinking: New typology, new assessments, in *Studying Visual and Spatial Reasoning for Design Creativity*, (New York, NY: Springer), 179–192.

Nisbett, R. E., Peng, K., Choi, I., & Norenzayan, A. (2001). Culture and systems of thought: holistic versus analytic cognition. *Psychological Review*, *108*(2), 291.

Novack, M. A., Brentari, D., Goldin-Meadow, S., & Waxman, S. (2021). Sign language, like spoken language, promotes object categorization in young hearing infants. *Cognition*, *215*, 104845.

Oakes, L. M. (2010). Using habituation of looking time to assess mental processes in infancy. *Journal of Cognition and Development*, *11*(3), 255-268.

Oh, S., & Lewis, C. (2008). Korean preschoolers’ advanced inhibitory control and its relation to other executive skills and mental state understanding. *Child Development*, *79*(1), 80-99.

Oostenbroek, J., Redshaw, J., Davis, J., Kennedy-Costantini, S., Nielsen, M., Slaughter, V., & Suddendorf, T. (2018). Re-evaluating the neonatal imitation hypothesis. *Developmental Science*, *22*(2), e12720.

Oostenbroek, J., Suddendorf, T., Nielsen, M., Redshaw, J., Kennedy-Costantini, S., Davis, J., Clark, S., & Slaughter, V. (2016). Comprehensive longitudinal study challenges the existence of neonatal imitation in humans. *Current Biology*, *26*(10), 1334-1338.

Pederson, D. R., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: AQ-sort study. *Child Development*, *61*(6), 1974-1983.

Perner, J., & Lang, B. (2002). What causes 3-year-olds' difficulty on the dimensional change card sorting task? *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, *11*(2), 93-105.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York, Basic Books.

Pomerantz, E. M., & Kempner, S. G. (2013). Mothers’ daily person and process praise: Implications for children’s theory of intelligence and motivation. *Developmental Psychology*, *49*(11), 2040.

Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Matthews, J. S., & Morrison, F. J. (2009). A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Developmental Psychology, 45*(3), 605.

Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The early childhood behavior questionnaire. *Infant Behavior & Development, 29*(3), 386– 401.

Quinn, P. C., Eimas, P. D., & Tarr, M. J. (2001). Perceptual categorization of cat and dog silhouettes by 3-to 4-month-old infants. *Journal of Experimental child Psychology, 79*(1), 78-94.

Quinn, P. C., & Liben, L. S. (2014). A sex difference in mental rotation in infants: Convergent evidence. *Infancy, 19*(1), 103-116.

Radovanovic, M., Solby, H., Soldovieri, A., & Sommerville, J. (2021, preprint). Try smarter, not harder: Exploration and strategy diversity are related to infant persistence.

Reid, V. M., Hoehl, S., Grigutsch, M., Groendahl, A., Parise, E., & Striano, T. (2009). The neural correlates of infant and adult goal prediction: evidence for semantic processing systems. *Developmental Psychology, 45*(3), 620.

Rennie, D. A. C., Bull, R., & Diamond, A. (2004). Executive functioning in preschoolers: Reducing the inhibitory demands of the dimensional change card sort task. *Developmental Neuropsychology, 26*, 423–443.

Rittle-Johnson, B., Zippert, E. L., & Boice, K. L. (2019). The roles of patterning and spatial skills in early mathematics development. *Early Childhood Research Quarterly, 46*, 166-178.

Robson, D. A., Allen, M. S., & Howard, S. J. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 146*(4), 324.

Rochat, P., & Hespos, S. J. (1996). Tracking and anticipation of invisible spatial transformations by 4-to 8-month-old infants. *Cognitive Development, 11*(1), 3-17.

Rodriguez, E. T., & Tamis-LeMonda, C. S. (2011). Trajectories of the home learning environment across the first 5 years: Associations with children's vocabulary and literacy skills at prekindergarten. *Child Development, 82*(4), 1058-1075.

Rome-Flanders, T., Cronk, C., & Gourde, C. (1995). Maternal scaffolding in mother-infant games and its relationship to language development: a longitudinal study. *First Language, 15*(45), 339-355.

Rowe, M. L., & Leech, K. A. (2019). A parent intervention with a growth mindset approach improves children's early gesture and vocabulary development. *Developmental Science, 22*(4), e12792.

Sabbagh, M. A., Xu, F., Carlson, S. M., Moses, L. J., & Lee, K. (2006). The development of executive functioning and theory of mind: A comparison of Chinese and US preschoolers. *Psychological Science, 17*(1), 74-81.

Saffran, J. R., & Kirkham, N. Z. (2018). Infant statistical learning. *Annual Review of Psychology, 69*, 181-203.

Salminen, J., Guedes, C., Lerkkanen, M. K., Pakarinen, E., & Cadima, J. (2021). Teacher–child interaction quality and children's self-regulation in toddler classrooms in Finland and Portugal. *Infant and Child Development*, e2222.

Samdan, G., Kiel, N., Petermann, F., Rothenfußer, S., Zierul, C., & Reinelt, T. (2020). The relationship between parental behavior and infant regulation: a systematic review. *Developmental Review, 57*, 100923.

Schwarzer, G., Freitag, C., Buckel, R., & Lofruthe, A. (2013). Crawling is associated with mental rotation ability by 9-month-old infants. *Infancy, 18*(3), 432-441.

Schwier, C., van Maanen, C., Carpenter, M., Tomasello, M., (2006). Rational Imitation in 12-Month-Old Infants. *Infancy, 10*(3), 303-311.

Sethi, A., Mischel, W., Aber, J. L., Shoda, Y., & Rodriguez, M. L. (2000). The role of strategic attention deployment in development of self-regulation: Predicting preschoolers' delay of gratification from mother–toddler interactions. *Developmental Psychology, 36*(6), 767.

Simon, T. J., Hespos, S. J., & Rochat, P. (1995). Do infants understand simple arithmetic? A replication of Wynn (1992). *Cognitive Development, 10*(2), 253-269.

Sisk, V. F., Burgoyne, A. P., Sun, J., Butler, J. L., & Macnamara, B. N. (2018). To what extent and under which circumstances are growth mind-sets important to academic achievement? Two meta-analyses. *Psychological Science, 29*(4), 549-571.

Slaughter, V. (2021). Do Newborns Have the Ability to Imitate?. *Trends in Cognitive Sciences*.

Sommerville, J. A., Enright, E. A., Horton, R. O., Lucca, K., Sitch, M. J., & Kirchner-Adelhart, S. (2018). Infants' prosocial behavior is governed by cost-benefit analyses. *Cognition, 177*, 12-20.

Song, H., & Jinyu, A. (2017). The relationship between executive functions and IQ in Korean children and the comparison with Chinese children. *Applied Neuropsychology: Child, 6*(2), 158-165.

Soska, K. C., Adolph, K. E., & Johnson, S. P. (2010). Systems in development: motor skill acquisition facilitates three-dimensional object completion. *Developmental Psychology, 46*(1), 129.

Spelke, E. S., Breinlinger, K., Macomber, J., & Jacobson, K. (1992). Origins of knowledge. *Psychological Review, 99*(4), 605.

Spelke, E. S., & Kinzler, K. D. (2007). Core knowledge. *Developmental Science, 10*, 89–96.

Starr, A., Libertus, M. E., & Brannon, E. M. (2013). Number sense in infancy predicts mathematical abilities in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 110*(45), 18116-18120.

Stahl, A. E., & Feigenson, L. (2019). Violations of core knowledge shape early learning. *Topics in Cognitive Science, 11*(1), 136-153.

Thompson, R. A. (2016). What more has been learned? The science of early childhood development 15 years after neurons to neighborhoods. *Zero to Three Journal, 36*(3), 18-24.

Tsujimoto, S. (2008). The prefrontal cortex: Functional neural development during early childhood. *The Neuroscientist, 14*(4), 345-358.

von Salisch, M., Haenel, M., & Denham, S. A. (2015). Self-regulation, language skills, and emotion knowledge in young children from Northern Germany. *Early Education and Development, 26*(5-6), 792-806.

Wang, J., & Feigenson, L. (2021). Dynamic changes in numerical acuity in 4-month-old infants. *Infancy, 26*(1), 47-62.

Wanless, S. B., McClelland, M. M., Acock, A. C., Ponitz, C. C., Son, S. H., Lan, X., ... & Li, S. (2011). Measuring behavioral regulation in four societies. *Psychological Assessment, 23*(2), 364.

Waxman, S. R., & Braun, I. (2005). Consistent (but not variable) names as invitations to form object categories: New evidence from 12-month-old infants. *Cognition, 95*(3), B59-B68.

Waxman, S. R., Fu, X., Ferguson, B., Geraghty, K., Leddon, E., Liang, J., & Zhao, M. F. (2016). How early is infants' attention to objects and actions shaped by culture? New evidence from 24-month-olds raised in the US and China. *Frontiers in Psychology, 7*, 97.

Woodruff Carr, K., Perszyk, D. R., & Waxman, S. R. (2021). Birdsong fails to support object categorization in human infants. *Plos One, 16*(3), e0247430.

Wynn, K. (1990). Children's understanding of counting. *Cognition, 36*(2), 155-193.

Wynn, K. (1992). Children's acquisition of the number words and the counting system. *Cognitive Psychology, 24*(2), 220-251.

Xu, F., & Arriaga, R. I. (2007). Number discrimination in 10-month-old infants. *British Journal of Developmental Psychology, 25*(1), 103-108.

Xu, F., Cote, M., & Baker, A. (2005). Labeling guides object individuation in 12-month-old infants. *Psychological Science, 16*(5), 372-377.

Xu, F., & Spelke, E. S. (2000). Large number discrimination in 6-month-old infants. *Cognition, 74*(1), B1-B11.

Yeager, D. S., Hanselman, P., Walton, G. M., Murray, J. S., Crosnoe, R., Muller, C., Tipton, C., Schneider, B., Hulleman, C. S., Hinojosa, C. P., Paunesku, D., Romero, C., Flint, K., Roberts, A., Trott, J., Iachan, R., Buontempo, J., Yang, S. M., Carvalho, C. M., Hahn, P. R., Gopalan, M., Mhatre, P., Ferguson, R., Duckworth A. L., & Dweck, C. S. (2019). A national experiment reveals where a growth mindset improves achievement. *Nature, 573(7774)*, 364-369.

Zelazo, P. D., Frye, D., & Rapus, T. (1996). An age-related dissociation between knowing rules and using them. *Cognitive Development, 11*(1), 37-63.

Zeng, G., Hou, H., & Peng, K. (2016). Effect of growth mindset on school engagement and psychological well-being of Chinese primary and middle school students: The mediating role of resilience. *Frontiers in Psychology, 7*, 1873.

Zhang, X. (2016). Linking language, visual-spatial, and executive function skills to number competence in very young Chinese children. *Early Childhood Research Quarterly, 36*, 178-189.

Zmyj, N., Daum, M. M., & Aschersleben, G. (2009). The development of rational imitation in 9-and 12-month-old infants. *Infancy, 14*(1), 131-141.

8.8: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

9: Teorías del desarrollo cognitivo

9.1: Introducción
9.2: Jean Piaget
9.3: Aplicación de la etapa sensoriomotora de Piaget
9.4: Teoría sociocultural del desarrollo cognitivo de Vygotsky
9.5: Teoría del conocimiento central
9.6: Procesamiento de la información
9.7: Conclusión
9.8: Referencias

9: Teorías del desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.1: Introducción

Introducción a las teorías del desarrollo cognitivo

Los tres primeros años de la vida de un niño están llenos de primeras experiencias, desde las experiencias sensoriales de la primera infancia hasta las nuevas experiencias que ocurren debido a las habilidades motoras y lingüísticas. ¡Piense en cuan diferentes son las experiencias para un bebé que aún no camina y uno que puede hacerlo de forma independiente! Cada experiencia, ya sea nueva o repetida, fomenta el desarrollo de la cognición. La cognición abarca los procesos de pensamiento y memoria, y el desarrollo cognitivo se trata de los cambios en estos procesos a lo largo del tiempo. En esta sección, aprenderá sobre las principales teorías del desarrollo cognitivo, con especial enfoque en las teorías de Jean Piaget y Lev Vyotsky. [1]

Referencias

[1] Kelvin Seifert & Rosemary Sutton (2009). “Educational Psychology” CC by 4.0

9.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.2: Jean Piaget

Biografía de Jean Piaget



Figura 9.2.1: Jean Piaget. ([1])

Jean Piaget (1896-1980) fue un reconocido psicólogo del siglo XX y pionero en psicología del desarrollo. Piaget no aceptaba la teoría generalizada de que el conocimiento era innato. En cambio, creía que en la niñez, el conocimiento y la comprensión del mundo se desarrollaban con el tiempo, a través de las interacciones del niño con el mundo. Al observar esa interacción, Piaget pudo notar cómo los niños creaban esquemas (formas mentales de organizar la información) que daban forma a sus percepciones, cogniciones y juicios del mundo. Así como casi todos los bebés aprenden a darse la vuelta antes de aprender a sentarse solos, Piaget creía que los niños adquieren su capacidad cognitiva de manera evolutiva. Estas ideas (que los niños de distintas edades piensan de maneras radicalmente distintas) derivaron en la teoría de las etapas del desarrollo cognitivo de Piaget. Como teórico de las etapas, Piaget creía que el cambio cognitivo se producía en distintas etapas en un orden fijo, a diferencia del desarrollo continuo, que sostenía un proceso continuo más gradual (véase la Figura 10.2.2 para una analogía). A pesar de las diversas limitaciones, la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget es una de las más duraderas en Psicología. [2]

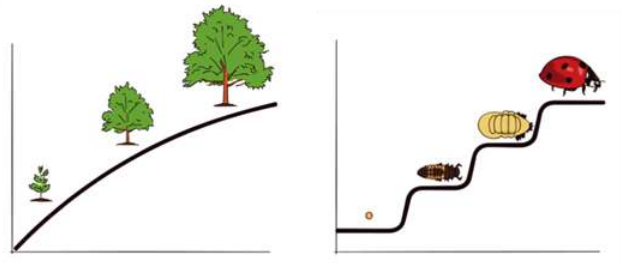


Figura 9.2.2: Estas imágenes del crecimiento de un árbol frente al ciclo vital de una mariquita sirven como una analogía para explicar el desarrollo continuo y discontinuo. ([3])

Piaget creía que los niños no se limitan a aprender de forma pasiva, sino que intentan comprender su mundo activamente. Sostenía que los niños, a medida que aprenden y maduran, van desarrollando esquemas que les ayudan a recordar, organizar y responder a la información. Además, Piaget creía que cuando los niños viven experiencias nuevas, intentan relacionar los nuevos conocimientos con esquemas que ya han desarrollado mediante dos procesos que denominó asimilación y acomodación. [4]

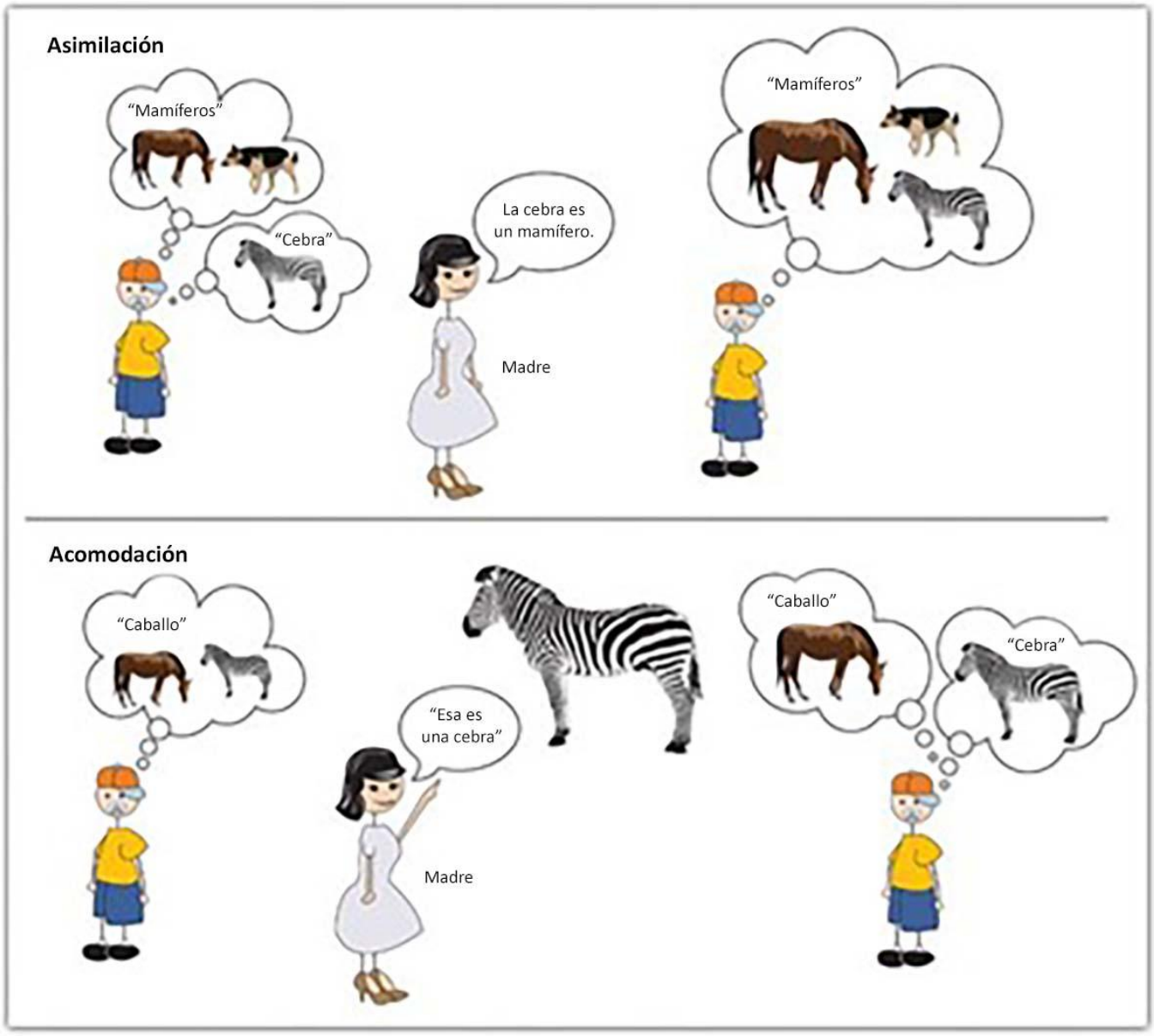


Figura 9.2.3: Asimilación y acomodación. ([5])

Cuando los niños aplican la asimilación, utilizan esquemas ya desarrollados para comprender la nueva información. Si un niño desarrolló un esquema para comprender los caballos, entonces podría llamar caballo al animal a rayas que ve en el zoológico, en lugar de llamarlo cebra. En este caso, los niños adaptan el esquema existente (el conocimiento que define a un caballo para diferenciarlo de otros animales) a la nueva experiencia (una cebra) porque las cebras encajan en el esquema básico de un caballo. La acomodación, en cambio, abarca el aprendizaje de nueva información y, por lo tanto, la modificación o actualización del esquema. Cuando una madre dice: "No, cariño, eso es una cebra, no un caballo", el niño puede adaptar su esquema para que se ajuste a la nueva experiencia, y aprender que hay diferentes tipos de animales de cuatro patas, de los cuales solo uno es el caballo, y que las cebras se distinguen por sus rayas blancas y negras.

Etapas del desarrollo cognitivo de Piaget

A lo largo de su vida, Piaget contribuyó de forma considerable al estudio del desarrollo cognitivo en la niñez. Su contribución más importante a este estudio, y el aspecto fundamental de su teoría, fue la idea de que el desarrollo se produce en etapas singulares y diferenciadas entre sí, y que cada etapa ocurre en un momento específico, de forma secuencial y de manera que permite al niño comprender el mundo utilizando nuevas capacidades. Piaget clasificó el desarrollo cognitivo en la niñez en cuatro etapas secuenciales: (1) La etapa sensoriomotora, que va desde el nacimiento hasta los 24 meses, (2) la etapa preoperacional, entre

aproximadamente los dos y siete años, (3) la etapa de las operaciones concretas, que comienza alrededor de los siete años y continúa hasta los 11 años aproximadamente, y (4) la etapa de las operaciones formales, que comienza alrededor de los 11 años y sigue hasta la adolescencia. [2]

Table 9.2.1: Las etapas del desarrollo cognitivo de Piaget. ([6])

Etapa	Rango de edades aproximado	Características	Logros que se esperan en la etapa
Sensoriomotora	Desde el nacimiento hasta los 2 años aproximadamente	El niño experimenta el mundo a través de los sentidos fundamentales de la vista, el oído, el tacto y el gusto.	Permanencia de los objetos
Preoperacional	Desde los 2 hasta los 7 años	El niño adquiere la capacidad de representar internamente el mundo a través del lenguaje y las imágenes mentales. También empieza a ver el mundo desde la perspectiva de otras personas.	Teoría de la mente; rápido aumento de la capacidad lingüística
De las operaciones concretas	Desde los 7 hasta los 11 años	Los niños empiezan a pensar lógicamente. Pueden realizar operaciones con objetos, pero solo con aquellos que son reales (“concretos”), no los abstractos.	Conservación
De las operaciones formales	Desde los 11 años hasta la adultez	Los adolescentes pueden pensar de manera sistemática, razonar sobre conceptos abstractos y entender la ética y el razonamiento científico.	Lógica abstracta

Como este texto trata sobre los bebés y niños pequeños, nos centraremos principalmente en la primera etapa, la sensoriomotora, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años. Durante esta etapa, los niños utilizan sus sentidos y capacidades motoras para comprender el mundo. De hecho, en el caso de los bebés, el uso de los sentidos para percibir el mundo es tan importante para entenderlo que, cuando no perciben directamente los objetos, para ellos no existen. Piaget descubrió, por ejemplo, que si primero captaba la atención de los niños con un juguete y luego lo cubría con una manta, los menores de seis meses actuaban como si el juguete hubiera desaparecido por completo: no intentaban buscarlo bajo la manta. Sin embargo, cuando sacaba la manta, sí sonreían y lo buscaban con la mano. Piaget descubrió que hasta alrededor de los ocho meses de vida, los bebés no se daban cuenta de que el objeto solo estaba tapado y no había desaparecido. Piaget utilizó el término **permanencia del objeto** para referirse a la capacidad del niño de saber que un objeto existe aunque no pueda percibirlo. [4]



Figura 9.2.5: 1. La madre capta la atención del bebé con un juguete. [7]



Figura 9.2.6: 2. La madre esconde el juguete en uno de los tazones, asegurándose de que el bebé lo esté viendo.



Figura 9.2.7: 3.La madre tapa los tazones y pregunta: “¿Dónde está el juguete?” y luego los acerca al bebé.



Figura 9.2.8: 4. El bebé coge uno de los paños para encontrar el juguete

Subetapas de la etapa sensoriomotora

La etapa sensoriomotora comienza con el nacimiento y continúa durante los dos primeros años de la niñez. Se centra en el desarrollo de esquemas a medida que los sistemas sensoriales y motores de los bebés interactúan con el mundo. Existen seis subetapas dentro de la etapa sensoriomotora.

Tabela 9.2.1: Subetapas de la etapa sensoriomotora

Subetapas de la etapa sensoriomotora	Edad
Subetapa 1: Reflejos simples	Desde el nacimiento hasta el primer mes de vida
Subetapa 2: Reacciones circulares primarias	De 1 a 4 meses
Subetapa 3: Reacciones circulares secundarias	De 4 a 8 meses
Subetapa 4: Coordinación de reacciones circulares	De 8 a 12 meses
Subetapa 5: Reacciones circulares terciarias	De 12 a 18 meses

La primera etapa dura desde el nacimiento hasta aproximadamente el primer mes de vida. En esta primera etapa, el aprendizaje a través de la experimentación del mundo se ve impulsado en gran medida por los reflejos motores y sensoriales innatos, como los reflejos de succión y de prensión palmar. Con el reflejo de prensión palmar, cuando se coloca un objeto en la palma de la mano de un bebé, su reflejo involuntario es cerrar los dedos y aferrarse a él. De este modo, el bebé es capaz de experimentar formas, texturas, temperatura, peso, etc. El reflejo de prensión palmar suele desaparecer a los seis meses de vida (Anekar & Bordoni, 2020). En esta etapa, Piaget plantea que el aprendizaje del mundo no es principalmente voluntario, sino que los bebés comienzan a descubrir el mundo gracias a sus reflejos innatos. [2] [8]



Figura 9.2.9: Un bebé se agarra al dedo de una persona adulta. ([1])

La segunda etapa, que dura desde el primer mes de vida hasta aproximadamente los cuatro meses, es cuando ocurre la reacción circular primaria, en la que el bebé vive una experiencia por casualidad y luego intenta repetir la acción. El bebé empieza a diferenciar objetos y a modificar sus respuestas en consecuencia, ya que los reflejos se reemplazan por movimientos voluntarios. Un bebé puede involucrarse en un comportamiento sin quererlo y encontrarlo interesante, por ejemplo, la vocalización. Este interés que produce la acción lo motiva a querer hacerla de nuevo y ayuda al niño a aprender un nuevo comportamiento que originalmente

se produjo por casualidad. Al principio, la mayoría de las acciones tienen que ver con el cuerpo, pero en los siguientes meses de vida pasan a relacionarse con los objetos.[2] [8]



Figura 9.2.10: Vocalización infantil. ([10])

En la tercera etapa, que tiene lugar entre los cuatro y los ocho meses de vida, ocurren las reacciones circulares secundarias cuando el bebé repite una acción con la que obtendrá un resultado específico y deseado o para lograr una consecuencia que no se relaciona con la acción. El bebé se involucra cada vez más activamente en el mundo exterior y siente satisfacción al poder hacer que las cosas sucedan por sí solas. El movimiento repetido despierta un interés especial, por ejemplo, cuando el bebé puede chocar dos objetos entre sí o cuando, al sacar la lengua, sus padres se ríen. [2] [8]



Figura 9.2.11: Bebé sacando la lengua. ([11])

La cuarta etapa, que se produce aproximadamente entre los ocho meses y el año de vida, comprende el uso de medios conocidos para obtener un fin. Implica la planificación deliberada de los pasos necesarios para llegar a una meta u objetivo. El bebé puede adoptar comportamientos que otras personas hacen y anticiparse a los acontecimientos que se avecinan. Tal vez debido a la continua maduración del córtex prefrontal, el bebé obtiene la capacidad de pensar y llevar a cabo una actividad planificada y con un objetivo en particular, como buscar un juguete que rodó debajo del sofá. El objeto sigue existiendo en la mente del bebé incluso al estar fuera de su vista, y ahora puede intentar recuperarlo. [2] [8]



Figura 9.2.12: El niño juega con el xilófono usando un palillo. ([12])

La quinta etapa, que se produce entre los 12 y los 18 meses de edad, es una reacción circular terciaria en la que el bebé experimenta con su entorno al usar las propiedades de un objeto para manipular otro, es decir, utilizando un objeto experimental, como un palo, para empujar una pelota que luego hace ruido. El bebé participa activamente en más experimentos para aprender sobre el mundo físico. El concepto de gravedad se aprende al verter agua de un vaso o al arrojar cuencos de las mesas. La persona que cuida al niño intenta ayudarlo recogiendo el objeto y colocándolo de nuevo sobre la mesa. ¿Y qué ocurre? ¡Otro experimento! El niño lo tira de nuevo de la mesa, y hace que se caiga y que la persona que lo cuida tenga que volver a recogerlo. [2]



Figura 9.2.13: Niño jugando en una pequeña piscina. ([1])

La sexta etapa, que ocurre aproximadamente entre los 18 y los 24 meses, se caracteriza por la percepción. El niño observa cómo otras personas manipulan el entorno para alcanzar un objetivo deseado, y luego aplica ese conocimiento para obtener lo que desea. En este punto, el niño ya puede resolver problemas usando estrategias mentales, recordar algo escuchado días antes y repetirlo, participar en juegos de simulación y encontrar objetos que se movieron de su lugar incluso cuando no están a la vista. Por ejemplo, piense en un niño pequeño que está arriba en una habitación con la puerta cerrada, que supuestamente está durmiendo la siesta. El picaporte de la puerta tiene un mecanismo de seguridad que hace que sea imposible que el niño lo gire. Después de intentar empujar la puerta o girar el picaporte varias veces el niño utiliza una estrategia mental que aprendió de experiencias anteriores para conseguir abrir la puerta: ¡golpearla! El niño está ahora mejor preparado con estrategias mentales para la resolución de problemas. [2]



Figura 9.2.14: Niño pequeño usando un ábaco. . ([1])

La sexta subetapa y la etapa sensoriomotora culminan cuando el niño comprende la permanencia de los objetos, es decir, que tienen una existencia que es independiente de la interacción del niño con ellos. Estos son algunos ejemplos clásicos de la comprensión de la permanencia de los objetos: cuando el niño nota que el cuidador sale de la habitación, que el padre o madre sigue existiendo, o cuando el niño intenta recuperar un juguete escondido, lo cual indica que comprende que el juguete sigue existiendo aunque no lo vea (Beilin & Fireman,1999). [2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Mirjoran tiene licencia de CC by 2.0.

[2] Scott & Cogburn (2021). Piaget. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. CC by 4.0

[3] Imagen de Siegler (2021). Cognitive development in childhood. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), Noba textbook series: Psychology. Champaign, IL: DEF publishers. CC by SA NC 4.0

[4] "Introduction to Psychology" by Walinga & Stangor. CC by NC SA 4.0

[5] Assimiliation and Accomodation in "Introduction to Psychology" by Walinga & Stangor. CC by NC SA 4.0

[6] Piaget's Stages of Cognitive Development. in "Introduction to Psychology" by Walinga & Stangor. CC by NC SA 4.0

[7] Imagen adaptada de Clackson et al., (2019) Do helpful mothers help? Effects of maternal scaffolding and infant engagement on cognitive performance. *Frontiers in Psychology, 10*, 2661. CC BY 4.0

[8] "Psyc 200 Lifespan Psychology" by Laura Overstreet. CC by 4.0

[9] Imagen de Raul Luna con licencia CC by 2.0.

[10] Imagen de Jason Sung con licencia CC by 4.0

[11] Imagen de Juan Encalada con licencia CC by 4.0

[12] Imagen de Jelleke Vanooteghem con licencia CC by 4.0

[13] Imagen de Lubomirkin con licencia CC by 4.0

[14] Imagen de Jluis arias con licencia CC by 4.0

9.2: Jean Piaget is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.3: Aplicación de la etapa sensoriomotora de Piaget

Etapas sensoriomotoras

Mientras leía sobre la etapa sensoriomotora, ¿notó cómo Piaget utilizaba los comportamientos observables de los niños para entender y categorizar el desarrollo cognitivo? A través de los comportamientos observables de los niños, es posible notar en que están pensando. Por lo tanto, la clave para comprender el desarrollo cognitivo de un niño es que nosotros, las personas encargadas de su cuidado, tenemos que dedicar tiempo a observar detenidamente y registrar el comportamiento de los niños. Las subetapas sensoriomotoras pueden servir como un mapa para ayudarnos a entender la etapa cognitiva en la que se encuentra un niño y también las etapas que seguirán. Saber en qué subetapa se encuentra un niño puede brindarnos información sobre la razón de sus comportamientos y puede darnos una idea de las posibles actividades para impulsar su desarrollo cognitivo.

Por ejemplo, en la tercera etapa, los bebés se alegran de poder hacer que las cosas sucedan deliberadamente por sí solas; por lo tanto, las personas encargadas del cuidado pueden incorporar objetos para jugar que los bebés puedan manipular fácilmente y que tengan una “consecuencia”, un resultado que el niño pueda experimentar. En comparación, durante la quinta etapa, los bebés experimentan directamente con su entorno; por lo tanto, las personas encargadas del cuidado pueden incorporar distintos objetos de juego para que los niños interactúen con su entorno más cercano. Cuando se encuentran en la quinta etapa, a los niños les encanta verter agua de un recipiente a otro de diferente tamaño y forma. A medida que cambia el entorno (por ejemplo, interior o exterior, juegos con agua, actividades de mesa, etc.), también deben cambiar los objetos de juego experimental, para fomentar la curiosidad experimental. Recuerde que lo primero y más importante que podemos hacer como cuidadores es observar a los niños a conciencia. Obsérvelos y mire cómo utilizan los objetos, luego reflexione sobre sus comportamientos para evaluar qué objetos adicionales o alternativos puede incorporar para ayudarlos a experimentar.

Etapa preoperacional

Aunque Piaget planteó que la etapa preoperacional solo abarca un año de la infancia, es importante aprender sobre esta etapa, ya que nos explica mucho sobre los próximos años del crecimiento cognitivo de los niños pequeños. Por otro lado, el hecho de que Piaget incluya el segundo año de vida del niño en la siguiente etapa del desarrollo cognitivo demuestra el gran crecimiento cognitivo que se produce entre los 24 y los 36 meses de edad.

Alrededor de los dos años, y hasta aproximadamente los siete años, los niños se encuentran en la etapa preoperacional. Durante esta etapa, comienzan a usar más el lenguaje y a pensar en los objetos de forma más abstracta. El término "operacional" hace referencia a la manipulación lógica de la información, es decir que en esta etapa se considera que los niños son preoperacionales porque su lógica se basa en su propio conocimiento del mundo hasta el momento, más que en un conocimiento convencional. En la etapa preoperacional, los niños también comienzan a utilizar un lenguaje más conversacional, pero no pueden comprender la lógica de los adultos ni manipular mentalmente la información. [1] [2]

La etapa preoperacional se caracteriza por la función semiótica, o el pensamiento representativo a través de signos y símbolos. En esta etapa, los niños presentan cinco comportamientos característicos: la imitación, el juego simbólico, el dibujo, las imágenes mentales y la evocación verbal de los acontecimientos. El primer comportamiento, la imitación, se produce cuando el niño copia el comportamiento observado incluso cuando ya no puede ver aquello que está imitando. Por ejemplo, un niño puede imitar cómo una persona baila o juega con un objeto incluso cuando esa persona ya no está presente. El siguiente comportamiento, el juego simbólico, va un paso más allá de la imitación. Este comportamiento de “simulación” o “jugar de ficción” se caracteriza por la capacidad del niño de proyectar una idea en un objeto de forma simbólica. “Imaginemos que yo soy la mamá y este es mi bebé”, y señala un peluche. En este ejemplo, tanto el niño como los peluches son símbolos en el juego de la simulación. La tercera conducta , el dibujo, comienza al principio de la etapa preoperacional, y se incorporan tanto el juego como la imitación. Al principio, el niño solo dibuja garabatos, y luego pasa a las imágenes gráficas, representando objetos que se encuentran en su mundo. A través del dibujo, el niño puede representar a los miembros de su familia con palitos, con la característica clave de que entiende que las figuras de palitos son solo una representación de su familia, y no personas reales. Por último, la evocación verbal de los acontecimientos, que es el resultado de la función semiótica, se trata de cómo el niño usa el lenguaje para imitar y reflexionar sobre los acontecimientos ocurridos en su pasado. El dominio de la función semiótica es importante porque indica que el niño puede pensar y asimilar el conocimiento en lugar de limitarse a accionar sobre los objetos que están físicamente presentes (Marwaha, Goswami & Vashist, 2017). [3]

Limitaciones de la teoría de Piaget

A lo largo de los años, las ideas de Piaget se han ido perfeccionando. Por ejemplo, hoy en día se cree que la permanencia de los objetos se desarrolla gradualmente, mucho antes de lo que esperaba Piaget (Baillargeon, 19897), a partir de los tres meses de vida, en lugar de a los ocho meses, como predijo Piaget. Sin embargo, sus teorías han sido una contribución sustancial y duradera a la psicología del desarrollo. Entre sus aportaciones, se destaca la idea de que los niños no son meros receptores pasivos de la información, sino que se involucran activamente en la adquisición de nuevos conocimientos y para dar sentido al mundo que los rodea. Si antes se creía que las mentes de los bebés debían experimentar una "confusión floreciente y zumbante" (James, 1890), ahora es muy común creer que los bebés son como jóvenes científicos, que desarrollan una comprensión compleja de cómo funciona el mundo al probar hipótesis mientras llevan a cabo "experimentos" y luego perfeccionan su comprensión mediante la participación activa en el mundo cotidiano (Gopnik, Meltzoff & Kuhl, 1999). Aunque Piaget no creía que los bebés y los niños pequeños tuvieran un pensamiento científico, su teoría e investigación allanaron el camino para que en estudios posteriores se descubrieran las sorprendentes capacidades cognitivas de los bebés y los niños pequeños, además de los enfoques científicos del aprendizaje y el pensamiento (Gopnik, 2012). Además, la cantidad de trabajos de investigación que surgieron gracias a la teoría de Piaget en general sostienen sus creencias sobre el orden del desarrollo cognitivo. [1]

Referencias

[1] "Introduction to Psychology" by Walinga & Stangor. CC by NC SA 4.0

[2] Lally & Valentine-French (2019). Lifespan Development: A Psychological Perspective. CC by NC SA 4.0

[3] Scott & Cogburn (2021). Piaget. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. CC by 4.0

9.3: Aplicación de la etapa sensoriomotora de Piaget is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.4: Teoría sociocultural del desarrollo cognitivo de Vygotsky

Teoría sociocultural

Lev Vygotsky (1896 - 1934) fue un psicólogo ruso que sostenía que la cultura y el lenguaje tienen un gran impacto en el desarrollo cognitivo durante la niñez. Creía que las interacciones sociales con adultos y pares más experimentados impulsan el potencial de aprendizaje del niño. Según Vygotsky, sin esta interacción interpersonal, las mentes de los niños no se desarrollarían mucho, ya que sus conocimientos se basarían únicamente en sus propios descubrimientos personales. A diferencia de Piaget, Vygotsky creía que una persona no solo tiene un conjunto de capacidades, sino también un conjunto de capacidades potenciales que pueden desarrollarse al recibir el apoyo adecuado por parte de otras personas. Repasemos algunos de los conceptos clave de Vygotsky. [1]

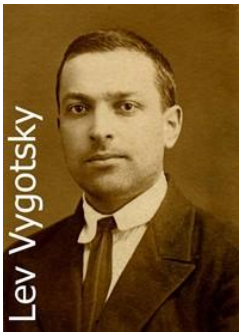


Figura 9.4.1: Lev Vygotsky. ([2])

Zona de desarrollo próximo:

El concepto más conocido de Vygotsky es el de la Zona de desarrollo próximo (ZDP). Vygotsky afirmaba que el proceso de enseñanza a los niños debía ocurrir durante la ZDP, que se produce cuando casi pueden realizar una tarea, pero no por sí solos sin ningún tipo de ayuda. Sin embargo, con una enseñanza adecuada, pueden lograrlo con éxito. Un buen maestro identifica la ZDP de un niño y lo ayuda a superarla. Luego va reduciendo su apoyo de manera gradual, hasta que el niño pueda realizar la tarea sin ayuda. Esto subraya la importancia de las decisiones pedagógicas relacionadas con el tipo y la calidad de la interacción a la hora de diseñar experiencias de aprendizaje eficaces desde la lactancia hasta la niñez. [1] [3]

Investigadores han utilizado la metáfora de los andamios (es decir, las plataformas provisionales en las que se paran las personas que trabajan en construcción) para explicar esta forma de enseñar. El andamiaje es el apoyo provisional que los cuidadores le dan al niño para que realice una tarea. El andamiaje representa la forma en la que el cuidador guía el aprendizaje del niño durante una tarea con un objetivo específico, mientras que regula el apoyo que le da al niño en diferentes niveles en función de su nivel de desarrollo individual y sus necesidades de aprendizaje. En general, en el andamiaje se produce una interacción de naturaleza mutua y dinámica, en la que tanto el alumno como la persona que proporciona el andamio se influyen entre sí y modifican su comportamiento mientras colaboran. En un juego interactivo de escondidas, el cuidador puede estimular la atención del niño y su comprensión de la permanencia de los objetos cambiando el tiempo que está escondido y la forma en que aparece luego de esconderse (por ejemplo, usando sus manos u otro objeto para esconderse). Las investigaciones sugieren que, incluso en la infancia, el andamiaje cumple una función importante en el desarrollo de las capacidades cognitivas (Cuevas et ál. 2014; Matte-Gagné & Bernier 2011; Neale & Whitebread, 2019). Los conceptos como la ZDP y el andamiaje muestran una visión radicalmente distinta de un cuidador que actúa más como una persona que facilita el aprendizaje que como alguien que brinda conocimientos generales. Asimismo, el aprendiz asume más responsabilidades, como determinar sus objetivos de aprendizaje, convertirse en una fuente de conocimiento para sus compañeros y colaborar activamente en el proceso de aprendizaje (Grabinger, Aplin, & Ponnappa-Brenner, 2007). En ocasiones, esto contrasta con la forma en la que muchas personas perciben la educación: como si el profesor fuera la fuente de conocimiento y la persona que se lo transmite directamente a los niños. [1] [4] [3]



Figura 9.4.2: Cuidador ayudando a una niña pequeña a hacer jardinería. ([5])

Para las personas que cuidan a bebés y niños pequeños, cada interacción, ya sea durante el juego o durante cuidados de rutina, es una oportunidad para relacionarse con el niño dentro de su ZDP. Para comenzar a relacionarnos con un bebé o un niño pequeño dentro de su ZDP, primero debemos observarlo de manera consciente. Comenzar con la observación es fundamental porque nos permite comprender primero qué le interesa al niño y formular una hipótesis sobre cuáles pueden ser sus objetivos. Además, al observar a un niño, podemos notar su capacidad o comprensión actual sobre los objetos y la actividad que está haciendo. Luego debemos reflexionar sobre nuestras observaciones y considerar nuestro rol dentro de la ZPD del niño. ¿Qué tipo y nivel de ayuda podemos ofrecerle al niño? ¿Cuál es la mínima ayuda que podemos ofrecerle para guiarlo? Mientras ayudamos al niño, debemos reflexionar constantemente sobre cómo nuestra asistencia cambia su actividad y también sobre nuestro posible nuevo rol a medida que sus comportamientos se modifican.



Figura 9.4.3: Un bebé y su cuidadora observan las flores. ([6])

La contingencia es una estrategia que se puede utilizar al tratar con un niño en su ZPD. La contingencia describe hasta qué punto el contacto con el cuidador depende de las características del niño (por ejemplo, su edad, su capacidad, su atención, su interés y el hecho de que tenga o no dificultades con la tarea en cuestión). La respuesta contingente del cuidador es la que se brinda cuando el niño requiere algún tipo de ayuda, en contraposición a la asistencia que parece innecesaria porque se produce cuando el niño se desenvuelve adecuadamente. Además, una respuesta contingente le dará al niño el nivel de apoyo adecuado, sin hacerse cargo de la tarea por completo ni dándole tan poca ayuda que no tenga ningún efecto. En consecuencia, para responder de forma contingente, el cuidador del niño debe estar presente en el desarrollo de la actividad y observarlo con atención. [4]

El desarrollo y el aprendizaje se originan a partir de las interacciones sociales, históricas y culturales.

Vygotsky sostenía que el pensamiento tiene un origen social. Las interacciones sociales cumplen una función vital, sobre todo en el desarrollo de las habilidades de pensamiento de orden superior, y no se puede comprender el desarrollo cognitivo por completo sin tener en cuenta el contexto social e histórico en el que ocurre. Vygotsky explicaba lo siguiente: “Cada función del desarrollo cultural del niño aparece dos veces: primero, a nivel social, y después, a nivel individual; primero entre las personas (interpsicológico) y luego en el niño (intrapsicológico)” (Vygotsky, 1978).

Solo al trabajar con otras personas en distintas tareas, el niño vive experiencias compartidas en sociedad y adquiere estrategias y conocimientos útiles (Scott & Palincsar, 2013). [3]

Barbara Rogoff (1990) se refiere a este proceso como participación guiada, en la que un aprendiz adquiere de forma activa nuevas habilidades y capacidades muy valiosas a nivel cultural. a través de una actividad trascendente y colaborativa con otra persona más experimentada que lo ayuda, como un cuidador. Es fundamental tener en cuenta que estas funciones, que son mediadas por la cultura, se consideran integradas en actividades socioculturales y no autosuficientes. El desarrollo es una "transformación de la participación en una actividad sociocultural", y no una transmisión de conocimientos o habilidades culturales específicas (Matusov, 2015). Los procesos de participación guiada demuestran el enfoque vygotskiano del desarrollo cognitivo "como una transformación de actividades socialmente compartidas en procesos internalizados", o un acto de enculturación (John-Steiner & Mahn, 1996). De este modo, los niños llegan a un aprendizaje cognitivo sobre el mundo al participar de él con otras personas. [3]

Un ejemplo de participación guiada puede observarse cuando los cuidadores involucran a los bebés y niños pequeños en las rutinas diarias. En su investigación con familias mayas de Guatemala, Rogoff et al., (1993) informaron que las madres guiaban a sus hijos pequeños mientras hacían tortillas. Las madres les daban pequeñas bolas de masa a los niños para que practicaran estirar y aplanar. Esta práctica cultural contribuyó tanto al desarrollo cognitivo de los niños como a su aprendizaje de prácticas culturales importantes. Otro ejemplo podría ser un lugar de cuidado grupal durante la hora de la comida, cuando los niños pequeños están sentados con un cuidador y la comida está servida en tazones más grandes en la mesa donde están sentados. Los niños pequeños pueden participar en la rutina sirviéndose la comida con cucharas de servir y luego comiendo con los utensilios. Las primeras veces que realizan esta rutina, el cuidador puede servir y guiar más, pero con el tiempo, a través de la práctica participativa, los niños pequeños pueden involucrarse aún más, mientras aprenden habilidades culturalmente valiosas como la toma de turnos, la conversación durante una comida, el vocabulario y las habilidades motoras que se necesitan para servir y comer.

Esta noción vygotskiana de aprendizaje social contrasta con algunas de las ideas más conocidas de Piaget sobre el desarrollo cognitivo, que plantean que, durante determinadas etapas, el desarrollo está definido biológicamente, se origina en el individuo y antecede la complejidad cognitiva. Esta diferencia entre las hipótesis trae consecuencias significativas para el diseño y la implementación de las experiencias de aprendizaje. Si creemos, como Piaget, que el desarrollo precede al aprendizaje, entonces debemos asegurarnos de que no se introduzcan nuevos conceptos ni problemas hasta que los alumnos hayan desarrollado primero las capacidades para comprenderlos. Por otro lado, si creemos, como Vygotsky, que el aprendizaje impulsa el desarrollo y que este se produce a medida que aprendemos una variedad de conceptos y principios desafiantes junto con otras personas, entonces debemos asegurarnos de que las actividades estén estructuradas de manera que promuevan la interacción. Sabremos que el proceso de aprendizaje es el que permite alcanzar niveles superiores de desarrollo, lo que a su vez afecta la "disposición del niño para aprender un nuevo concepto" (Miller, 2011). [3]

Discurso privado

¿Alguna vez ha hablado consigo mismo? ¿Por qué? Lo más probable es que esto ocurra cuando esté enfrentándose a un problema, tratando de recordar algo o cuando esté sensible por una situación. Los niños también hablan solos. Piaget interpretó esto como un Discurso egocéntrico o una práctica que el niño realiza debido a su incapacidad de ver las cosas desde el punto de vista de otra persona. Sin embargo, Vygotsky creía que los niños hablan consigo mismos para resolver problemas o aclarar pensamientos. A medida que los niños aprenden a pensar en palabras, lo hacen en voz alta antes quedarse en silencio y hablarse en privado o para adentro. Pensar en voz alta termina siendo un pensamiento acompañado del discurso interno, y hablar con uno mismo se vuelve una práctica que solo hacemos cuando intentamos aprender o recordar algo. Este discurso interior no es tan elaborado como el que utilizamos al comunicarnos con los demás (Vygotsky, 1962). A pesar de que los niños pequeños todavía están desarrollándose en las primeras etapas de la adquisición del lenguaje, utilizan el discurso privado. Por ejemplo, los niños pequeños, entre los 14 y 18 meses de edad, utilizan gestos de forma independiente para ayudarse a sí mismos a pensar a través del uso de juguetes complejos, y también para la autorregulación (Basilio & Rodríguez, 2017). A la noche, cuando se quedan solos en la cama, los niños pequeños cantan para sí mismos como una forma de "practicar las habilidades musicales, reflexionar, experimentar, calmarse a sí mismos y entender sus propios mundos" (Sole, 2017). [1]



Figura 9.4.4: Niño pequeño construyendo una torre de bloques. ([7])

Si bien se menciona más la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget , la teoría sociocultural tiene varias ideas valiosas que son ampliamente reconocidas. En primer lugar, en esta teoría se hace hincapié en el contexto social, cultural e histórico de toda actividad humana. En la teoría sociocultural no se considera a los individuos como entidades aisladas, sino que se brinda una perspectiva más rica, y se enfoca en el límite fluido entre el yo y los demás. Se retrata la dinámica de un niño que adquiere conocimientos y habilidades de la sociedad y luego, a su vez, da forma a su propio entorno personal (Miller, 2011). En segundo lugar, la teoría sociocultural depende en gran medida de la diversidad individual y de la transcultural. A diferencia de los aspectos universales de la teoría de Piaget, en la teoría sociocultural se reconocen las diferencias de los individuos dentro de una misma cultura y también entre varias culturas. En esta teoría se reconoce que “las distintas circunstancias históricas y culturales pueden derivar en diferentes caminos que llevarán a diversos resultados de desarrollo”, según las circunstancias sociales o físicas individuales y las herramientas culturales disponibles (Miller, 2011). Por último, la teoría sociocultural contribuye en gran medida a nuestra comprensión del desarrollo cognitivo, ya que integra el concepto de aprendizaje y desarrollo. La idea de que el aprendizaje impulsa el desarrollo en lugar de que dependa de un determinado nivel o de la edad del niño cambia a radicalmente nuestra comprensión del proceso de aprendizaje, y tiene consecuencias pedagógicas y educativas significativas para el cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños. [3]

Limitaciones de la teoría de Vygotsky

Esta perspectiva sociocultural tiene algunas limitaciones de suma importancia. La primera limitación se debe a la muerte prematura de Vygotsky, ya que muchas de sus ideas quedaron inconclusas. Además, hasta hace relativamente poco tiempo, su obra era bastante desconocida por razones políticas y problemas de traducción. La segunda gran limitación se relaciona con la falta de precisión del concepto de ZDP. Las personas pueden tener zonas de desarrollo próximo amplias o estrechas, y según las circunstancias, esto puede ser favorable o no. Al conocer solo la amplitud de la zona “no se proporciona un panorama preciso del aprendizaje, la capacidad, el estilo de aprendizaje o el nivel actual de desarrollo de un niño en comparación con otros niños de su misma edad y nivel de motivación” (Miller, 2011). Además, no se sabe mucho sobre si la zona de un niño se puede comparar en diferentes dominios de aprendizaje, con diferentes personas, y si la amplitud de la zona cambia con el transcurso del tiempo. Y lo que es más importante, no existe una escala métrica común para medir la ZDP. [3]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Lally & Valentine-French (2019). Lifespan Development: A Psychological Perspective. CC by NC SA 4.0

[2] Imagen de josemota con licencia CC by 2.0. CC BY-NC-SA 2.0

[3] “Sociocultural Perspectives of Learning” de Polly et al. tiene licencia de CC por 4.0

[4] Neale & Whitebread (2019). Maternal scaffolding during play with 12-to 24-month-old infants: stability over time and relations with emerging effortful control. *Metacognition and Learning*, *14*(3), 265-289. CC BY 4.0

[5] Imagen de Anna Earl con licencia CC by 4.0

[6] Imagen de Liana Mikah con licencia CC by 4.0

[7] Imagen de Markus Spiske con licencia CC by 4.0

9.4: Teoría sociocultural del desarrollo cognitivo de Vygotsky is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.5: Teoría del conocimiento central

Comprensión de la teoría del conocimiento central

La teoría del conocimiento central propone que los bebés nacen con “sistemas centrales de conocimiento” que sustentan sus intuiciones básicas sobre el mundo (Spelke & Kinzler, 2007). Mientras que Piaget afirmaba que los niños construyen el conocimiento al relacionarse con el mundo y Vygotsky creía que se desarrollan cognitivamente al participar con otras personas en actividades relevantes a nivel cultural; según la teoría del conocimiento central, los niños nacen con conocimientos básicos. De acuerdo con las personas que defienden esta teoría, esta se basa en los numerosos estudios que documentan las capacidades cognitivas en los primeros meses de la infancia. Por ejemplo, en sus primeras obras, Renée Baillargeon demostró que la permanencia de los objetos se desarrolla en los bebés a una edad mucho más temprana de lo que proponía Piaget: alrededor de los 3 o 4 meses de edad (Baillargeon, 1987). El hecho de que los bebés ya comprendan la permanencia de los objetos desde sus primeros meses de vida indica que este conocimiento podría ser innato. [1]

En un experimento sobre la permanencia de los objetos, se familiarizó a los niños pequeños con una pantalla que, al estar plana y de cara al niño, rotaba 180° hacia arriba y hacia afuera, como un puente levadizo (Baillargeon, 1987). Durante la fase de prueba, se colocó un nuevo objeto en el borde más alejado de la pantalla, que podía impedir o no que la pantalla rotara (véase la Figura 10.5.1 para una representación de los escenarios experimentales). En el escenario “imposible”, la pantalla se movía exactamente igual que durante la fase de familiarización, es decir, parecía que giraba justo a través del objeto. En el escenario “posible”, la pantalla rotaba solo hasta el punto en que se esperaba que hiciera contacto con el objeto y luego dejaba de moverse. Los bebés estuvieron observando durante más tiempo el escenario “imposible” que el escenario “posible”. Esto se interpretó como un incumplimiento de las expectativas de los bebés con respecto a la permanencia de los objetos. En otro experimento sobre la permanencia de los objetos (véase la Figura 9.5.1 para una representación visual de los escenarios), bebés de 3 a 4 meses observaron dos sucesos. Por un lado, un suceso imposible: una zanahoria alta que se movía detrás de una caja que tenía una parte recortada en la parte de arriba, en donde tendría que haber aparecido la parte verde de la zanahoria mientras se movía detrás de la caja; y por otro lado, uno posible: una zanahoria corta que se movía detrás de una caja que tenía una parte recortada en la parte de arriba, en donde no tendría que haber aparecido la parte verde de la zanahoria mientras esta se movía detrás de la caja. Se notó que los bebés observaron durante más tiempo el suceso imposible (Baillargeon & DeVos, 1991).



Figura 9.5.1: Representación de los estímulos de permanencia del objeto de Baillargeon (1987). Vista lateral de las pantallas de habituación y de prueba. En ambos escenarios, los bebés se acostumbraron a ver un movimiento de puente levadizo de 180°. Esto representa la disminución y el estancamiento del tiempo de observación durante la habituación. En la situación experimental, los niños hicieron dos tipos de pruebas, ambas con un objeto distinto en el borde más lejano de la pantalla. En la *Prueba imposible* ocurría la misma rotación completa de 180° que en la habituación, pero ahora la pantalla pasaba sorprendentemente a través de la caja mientras completaba su rotación (y la caja desaparecía al quedar tapada). En la *Prueba posible*, había algo innovador: la rotación de la pantalla era más corta, se encontraba con la caja, y allí se detenía; este movimiento era “posible” en términos de solidez y permanencia del objeto, pero era más innovador *desde el punto de vista perceptivo* que la Prueba imposible. Los bebés se habituaron a la Prueba imposible, pero no a la posible. Sin embargo, en la situación de control no se observó ninguna preferencia. Se interpretó que estos resultados reflejan el incumplimiento en las expectativas de los bebés con respecto a la solidez o la permanencia de los objetos. ([2])

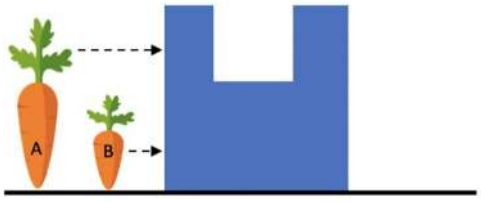


Figura 9.5.2: Representación de los estímulos de permanencia del objeto ([3])

Partiendo de las primeras investigaciones de Baillargeon, en muchos estudios se ha documentado desde entonces una serie de capacidades que se describen colectivamente como “sistemas centrales de conocimiento” y que plantean un conocimiento básico innato sobre el mundo físico (Hamlin, Wynn & Bloom, 2010; Spelke, 1998; Spelke et al., 1992; Spelke & Kinzler, 2007; Wang & Feigenson, 2021). A diferencia de las teorías de Piaget y Vygotsky, la teoría del conocimiento central plantea que algunos aspectos de los conocimientos tempranos no necesitan ser aprendidos con la experiencia o de otras personas más experimentadas porque los niños ya nacen con estos conocimientos. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Grace et al., (2021). Implicit Computation and the Origins of Knowledge. Preprint. CC by 4.0

[2] Imagen adaptada de Turk-Browne et al., (2008). Babies and brains: Habituation in infant cognition and functional neuroimaging.

Frontiers in Human Neuroscience, *2*, 16. CC by 4.0

[3] Imagen de Grace et al., (2021). Implicit Computation and the Origins of Knowledge. Preprint. CC by 4.0

[4] Grace et al., (2021). Implicit Computation and the Origins of Knowledge. Preprint. CC by 4.0

9.5: Teoría del conocimiento central is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.6: Procesamiento de la información

Teoría del procesamiento de la información

En la teoría del procesamiento de la información, se utiliza la analogía de un ordenador para explicar cómo funciona la mente.

Existen teorías que plantean que los procesos cognitivos funcionan en secuencias específicas, como lo hace un ordenador, recibiendo información de entrada, procesándola y emitiendo información de salida. De este modo, la mente funciona como un ordenador biológico, porque se encarga de procesar la información del entorno. A medida que los niños crecen, sus cerebros también lo hacen, lo cual provoca una mejora en su capacidad de procesar cognitivamente la información que reciben. A diferencia de la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, que proponía que el desarrollo se produce por etapas, la teoría del procesamiento de la información hace hincapié en un patrón continuo de desarrollo. [1]

La memoria es uno de los procesos cognitivos que se utiliza para explicar la teoría del procesamiento de la información. Existen etapas específicas en el proceso de memoria, así como hay muchos pasos distintos en el proceso de almacenamiento de información en un ordenador. Como se muestra en el modelo de Atkinson y Shiffrin de la Figura 9.6.1, la memoria tiene tres partes principales, de las que la información puede entrar y salir. El proceso comienza cuando la información que captan nuestros sentidos pasa a la memoria sensorial. Si le prestamos atención a esta información, entonces entra en la memoria a corto plazo, y si allí se mantiene la atención, la información pasa a la memoria a largo plazo. [1]

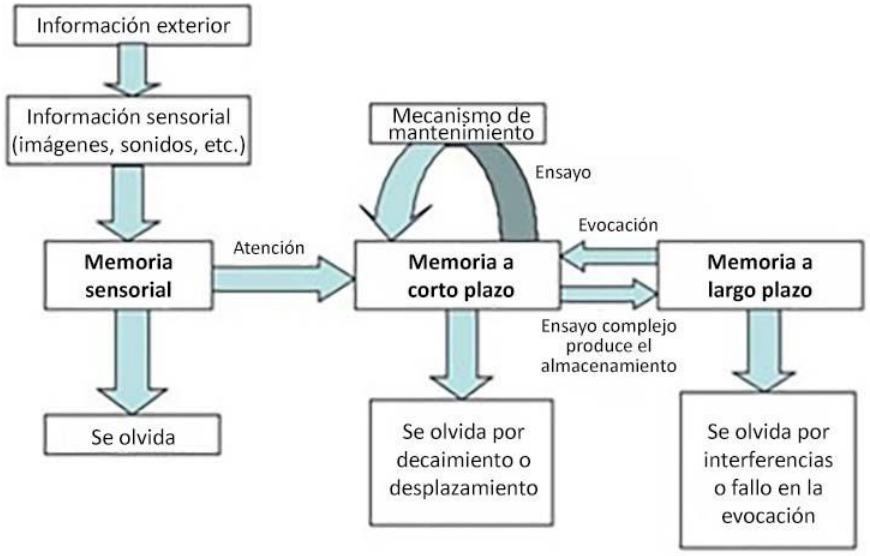


Figura 9.6.1: Desde la información exterior a la sensorial (vistas, sonidos, etc.), ambas alimentan la memoria sensorial, desde donde se pueden olvidar o pasar a la memoria a corto plazo. En la memoria a corto plazo, la información se olvida por decaimiento o bien ocurre un mecanismo de mantenimiento a través del ensayo. Se produce un intercambio bidireccional entre la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. Durante este intercambio, el ensayo complejo produce el almacenamiento (de corto a largo plazo) o la información se recupera del corto plazo para pasar al largo plazo. Una vez que se encuentra en la memoria a largo plazo, puede olvidarse por interferencias o por un fallo en la evocación. ([2])

Además de explicar las etapas específicas de los procesos cognitivos con la analogía de un ordenador, la teoría del procesamiento de la información describe el aumento de las capacidades cognitivas a través del crecimiento madurativo continuo de los sistemas cognitivos y del cerebro. Mientras que Piaget propuso etapas basadas en edades para representar períodos importantes de cambio en el crecimiento cognitivo, en la teoría del procesamiento de la información se investiga el crecimiento continuo de los procesos cognitivos. Consideremos el proceso cognitivo de la memoria de trabajo visual. Se trata de un sistema cognitivo que mantiene activamente la información visual, como el color o la forma de un objeto, de forma temporal en la mente para su uso en tareas en curso. Las investigaciones revelan un aumento continuo de la capacidad de la memoria de trabajo visual durante el primer año de vida (Rose et al., 2001; Kaldy and Leslie, 2003, 2005; Oakes et al., 2006, 2017; Kibbe and Leslie, 2011; Kwon et al., 2014; Kaldy et al., 2016), que continúa desarrollándose durante la infancia (Simmering, 2012; Guillory et al., 2018). Por ejemplo, los bebés de diez y doce meses logran recordar tres objetos, pero no pueden recordar más que esa cantidad (Feigenson y Carey, 2003, 2005). Del mismo modo, las investigaciones acerca del cerebro han descubierto una activación de la memoria de trabajo visual que se hace evidente a los cuatro meses de edad, con un cambio continuo en el desarrollo entre los cuatro meses y el año de edad (Reyes et al., 2020). Como un ejemplo de cómo el desarrollo de algunos sistemas cognitivos influye en las capacidades de otros sistemas

cognitivos, los bebés de catorce meses pueden utilizar estrategias de alto nivel, como la fragmentación, para recordar más información (Feigenson and Halberda, 2004; Kibbe and Feigenson, 2016). Las investigaciones sobre el procesamiento de la información siguen documentando el continuo desarrollo de los procesos cognitivos durante la lactancia y la niñez. [3] [4]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Information processing theory de Wikipedia tiene licencia CC by SA 4.0

[2] Image de Dkahng con licencia CC by SA 4.0

[3] Isbell et al., (2015). Visual working memory continues to develop through adolescence. *Frontiers in Psychology, 6*, 696. CC by 4.0

[4] Guillory & Kaldy (2019). Persistence and Accumulation of Visual Memories for Objects in Scenes in 12-month-old Infants. *Frontiers in Psychology, 10*, 2454. CC by 4.0

9.6: Procesamiento de la información is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.7: Conclusión

Conclusión acerca de las teorías del desarrollo cognitivo

En esta sección se presentaron cuatro teorías del desarrollo cognitivo. Las dos principales teorías cognitivas de Piaget y Vygotsky se explicaron, compararon y aplicaron al cuidado y la educación durante la lactancia y la niñez. Estas teorías siguen siendo muy influyentes en los principales debates sobre el desarrollo cognitivo de los niños pequeños. También se analizaron las teorías del conocimiento central y del procesamiento de la información, y se relacionaron con las teorías de Piaget y Vygotsky. A pesar de los puntos fuertes y las limitaciones de cada teoría, lo que está claro es que las investigaciones recientes han demostrado que los bebés y los niños pequeños saben más sobre el mundo de lo que se creía, y que lo más importante para el desarrollo cognitivo constante es su compromiso activo con el mundo y las interacciones de calidad con otras personas.

9.7: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

9.8: Referencias

Anekar, A. A., & Bordoni, B. (2020). Palmar Grasp Reflex. *StatPearls*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553133/

Baillargeon, R. (1987). Object permanence in 3 1/2- and 4 1/2-month-old infants. *Developmental Psychology, 23*(5), 655-664.

Baillargeon, R., & DeVos, J. (1991). Object permanence in young infants: Further evidence. *Child Development, 62*(6), 1227-1246.

Basilio, M., & Rodríguez, C. (2017). How toddlers think with their hands: Social and private gestures as evidence of cognitive self-regulation in guided play with objects. *Early Child Development and Care, 187*(12), 1971-1986.

Beilin, H., & Fireman, G. (1999). The foundation of Piaget's theories: mental and physical action. *Advances in Child Development and Behavior, 27*, 221-246.

Cuevas, K., Deater-Deckard, K., Kim-Spoon, J., Watson, A. J., Morasch, K. C., & Bell, M. A. (2014). What's mom got to do with it? Contributions of maternal executive function and caregiving to the development of executive function across early childhood. *Developmental Science, 17*, 224–238.

Gopnik, A. (2012). Scientific thinking in young children: Theoretical advances, empirical research, and policy implications. *Science, 337*(6102), 1623-1627.

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn*. William Morrow & Co.

Grabinger, S., Aplin, C., & Ponnappa-Brenner, G. (2007). Instructional Design for Sociocultural Learning Environments. *E-Journal of Instructional Science and Technology, 10*(1), n1.

Hamlin, J., Wynn, K., & Bloom, P. (2010). Three-month-olds show a negativity bias in their social evaluations. *Developmental Science, 13*(6), 923-929.

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

John-Steiner, V., & Mahn, H. (1996). Sociocultural approaches to learning and development: A Vygotskian framework. *Educational Psychologist, 31*(3/4), 191-206.

Marwaha, S., Goswami, M., & Vashist, B. (2017). Prevalence of Principles of Piaget's Theory Among 4-7-year-old Children and their Correlation with IQ. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: 11*(8), ZC111.

Matte-Gagné, C.,& Bernier, A. (2011). Prospective relations between maternal autonomy support and child executive functioning: Investigating the mediating role of child language ability. *Journal of Experimental Child Psychology, 110*(4), 611–625.

Matusov, E. (2015). Vygotsky's theory of human development and new approaches to education.

Miller, P. (2011). *Theories of developmental psychology* (5th ed.). New York, NY: Worth Publishers.

Neale, D., & Whitebread, D. (2019). Maternal scaffolding during play with 12-to 24-month-old infants: stability over time and relations with emerging effortful control. *Metacognition and Learning, 14*(3), 265-289.

Reyes, L. D., Wijeakumar, S., Magnotta, V. A., Forbes, S. H., & Spencer, J. P. (2020). The functional brain networks that underlie visual working memory in the first two years of life. *Neuroimage, 219*, 116971.

Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking*. New York: Oxford University Press.

Rogoff, B., Mistry, J., Göncü, A., Mosier, C., Chavajay, P., & Heath, S. B. (1993). Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, i-179.

Scott, S., & Palincsar, A. (2013). *Sociocultural theory*. Retrieved from: http://dr-hatfield.com/theorists/res...ral_theory.pdf

Sole, M. (2017). Crib song: Insights into functions of toddlers' private spontaneous singing. *Psychology of Music, 45*(2), 172-192.

Spelke, E. S., & Kinzler, K. D. (2007). Core knowledge. *Developmental Science, 10*(1), 89-96.

Vasileva, O., & Balyasnikova, N. (2019). (Re) Introducing Vygotsky's thought: from historical overview to contemporary psychology. *Frontiers in Psychology, 10*, 1515.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wang, J., & Feigenson, L. (2021). Dynamic changes in numerical acuity in 4-month-old infants. *Infancy*, *26*(1), 47-62.

9.8: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

10: Desarrollo cognitivo- estrategias en el cuidado grupal

10.1: Introducción
10.2: Observar la cognición
10.3: La pandemia de COVID-19- prueba de la importancia de las experiencias de aprendizaje de calidad
10.4: Entornos que favorecen el desarrollo cognitivo
10.5: Materiales que favorecen el desarrollo cognitivo
10.6: Interacciones que favorecen el desarrollo cognitivo
10.7: Experiencias que favorecen el desarrollo cognitivo
10.8: Conclusión
10.9: Referencias

10: Desarrollo cognitivo- estrategias en el cuidado grupal is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.1: Introducción

Introducción a las estrategias que favorecen el desarrollo cognitivo en el cuidado grupal

El desarrollo cognitivo se refiere a la creciente eficacia y capacidad de los procesos mentales relacionados con la percepción, el conocimiento, la resolución de problemas, el juicio, el lenguaje y la memoria. Cuando los bebés y los niños pequeños participan activamente en el mundo físico y social, revelan sus capacidades cognitivas en desarrollo. Para favorecer el desarrollo de su cognición, los cuidadores pueden crear entornos seguros y estimulantes con materiales apropiados para su edad que inviten a la participación y a la exploración mientras interactúan con ellos de forma rica en lenguaje. En esta sección, se presentarán diversas estrategias para crear entornos e interacciones que apoyen de forma óptima el desarrollo cognitivo de los bebés y niños pequeños. [1]

Referencias

[1] Spielman et al., (2020). Psychology (2.a ed.). OpenStax. Con licencia CC by 4.

10.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.2: Observar la cognición

La importancia de la observación

La mejor manera de que los cuidadores empiecen a conocer las capacidades cognitivas de los bebés y los niños pequeños es simplemente observarlos, porque, de esta forma, revelan su comprensión del mundo en constante evolución por medio de sus interacciones con los objetos y las personas. Para ilustrarlo, observe la secuencia de fotos que aparece en la Figura 10.2.1 de Nora, una niña de 15 meses de Nigeria. Hay varios objetos diferentes con los que Nora está jugando. Hay bloques apilables rectangulares de varios colores y tamaños, y un contenedor de comida reciclado que tiene un círculo cortado en la tapa. Esta secuencia de seis fotos representa solo unos segundos de su juego; pero, en esos pocos segundos, podemos aprender mucho sobre su cognición. Cuando usted mira las fotos, ¿qué información le proporcionan sobre el desarrollo de la comprensión de Nora de cómo funciona el mundo?



Figura 10.2.1: Nora tiene un bloque amarillo en la mano izquierda y un bloque azul en la mano derecha, pero se concentra principalmente en el bloque azul. Delante de ella, está el contenedor cilíndrico con un agujero en la tapa y varios otros bloques esparcidos por la base del cilindro. Con el bloque azul en la mano derecha, Nora lo mueve hacia el agujero del contenedor cilíndrico y lo deja caer sobre la tapa del contenedor. Cuando se coloca horizontalmente sobre el contenedor, el bloque azul es demasiado largo para pasar por el agujero redondo.



Figura 10.2.1: Nora levanta de nuevo el bloque azul, inclina un extremo hacia el agujero, guía el bloque hasta una parte del agujero y lo suelta mientras cae en el contenedor.

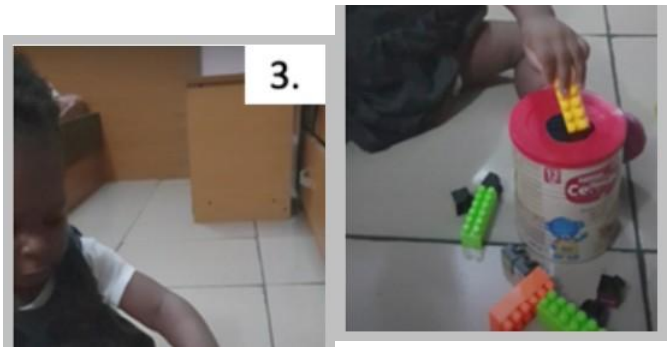


Figura 10.2.3: Nora gira la mano izquierda, con el bloque amarillo, hacia el agujero. En el mismo movimiento continuo, a medida que la mano se acerca al punto de entrada del agujero, inclina el extremo del bloque amarillo hacia el agujero y lo guía directamente a través de este.



Figura 10.2.4: Nora coge otro bloque amarillo (fuera de cámara) y enfoca los ojos en el agujero mientras vuelve a inclinar el extremo del bloque hacia el agujero y lo deja caer en el contenedor.



Figura 10.2.5: Selecciona un bloque naranja, pero, mientras lo mueve hacia el agujero, aleja su mirada del agujero y la dirige hacia los bloques restantes en el suelo. Cuando mira hacia los bloques en el suelo, la mano que guía el bloque naranja se atasca en la tapa, ya que el ángulo del bloque no encaja en el agujero. Luego, mira hacia el contenedor, ajusta el ángulo del bloque y lo deja caer en el agujero.



Figura 10.2.6: Nora agarra un juguete grande (desde fuera de la cámara) y lo guía hacia el agujero. En el primer intento de meterlo en el contenedor, no entra. Nora tuerce la muñeca para cambiar el ángulo y lo intenta de nuevo, pero aún así no entra. 1]

En la Figura 10.2.1, Nora tiene un bloque amarillo en la mano izquierda y otro azul en la derecha, pero se concentra principalmente en el bloque azul. Delante de ella, está el contenedor cilíndrico con un agujero en la tapa y varios otros bloques esparcidos por la base del cilindro. Con el bloque azul en la mano derecha, Nora lo mueve hacia el agujero del contenedor cilíndrico y lo deja caer sobre la tapa del contenedor. Cuando se coloca horizontalmente sobre el contenedor, el bloque azul es demasiado largo para pasar por el agujero redondo. En la Figura 10.2.2, Nora vuelve a levantar el bloque azul, inclina un extremo hacia el agujero, guía el bloque hasta una parte del agujero y lo suelta mientras cae en el contenedor. En la Figura 10.2.3, Nora gira la mano izquierda, con el bloque amarillo, hacia el agujero. En el mismo movimiento continuo, a medida que la mano se acerca al punto de entrada del agujero, inclina el extremo del bloque amarillo hacia el agujero y lo guía directamente a través de este. En la Figura 10.2.4, Nora coge otro bloque amarillo (desde fuera de la cámara) y enfoca los ojos en el agujero mientras vuelve a inclinar el extremo del bloque hacia el agujero y lo deja caer en el contenedor. En la Figura 10.2.5, selecciona un bloque naranja, pero, mientras lo mueve hacia el agujero, aleja su mirada del agujero y la dirige hacia los demás bloques del suelo. Cuando mira hacia los bloques en el suelo, la mano que guía el bloque naranja se atasca en la tapa, ya que el ángulo del bloque no encaja en el agujero. Luego, mira hacia el contenedor, ajusta el ángulo del bloque y lo deja caer en el agujero. En la Figura 10.2.6, Nora coge un juguete grande (desde fuera de la cámara) y lo guía hacia el agujero. En el primer intento de meterlo en el contenedor, no entra. Nora tuerce la muñeca para cambiar el ángulo y lo intenta de nuevo, pero aún así no entra.

Estas seis fotos de Nora representan solo unos segundos de juego; sin embargo, muestran información importante sobre el desarrollo cognitivo de los bebés y los niños pequeños. En primer lugar, los niños están dando sentido al mundo que los rodea por medio de las interacciones con el mundo físico y social. Al igual que los jóvenes científicos, utilizan sus conocimientos para formular hipótesis y luego actúan sobre ellas, al actualizar constantemente sus conocimientos en función de los resultados. De este modo, por medio de las interacciones con el mundo físico y social, se desarrolla principalmente la cognición; por lo tanto, la calidad de los entornos físicos y sociales y de las experiencias generales de aprendizaje de los bebés y niños pequeños es de suma importancia para favorecer un desarrollo cognitivo óptimo. Como prueba, consideremos a continuación cómo la pandemia de COVID-19 ha demostrado la importancia de las experiencias de aprendizaje temprano para favorecer el desarrollo cognitivo de los bebés y niños pequeños.

Fuente de Figuras

[1] Imágenes adaptadas de Ashley Siokwu con licencia CC by 3.0.

10.2: Observar la cognición is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.3: La pandemia de COVID-19- prueba de la importancia de las experiencias de aprendizaje de calidad

La COVID-19 y el cuidado de calidad

La COVID-19 (enfermedad por coronavirus de 2019) es una enfermedad causada por un virus llamado SARS-CoV-2 y fue descubierta por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan (China). El virus se extendió por todo el mundo y, en la primavera de 2020, muchas escuelas y guarderías de EE. UU. cerraron en un intento por reducir su propagación e impacto.

La pandemia de COVID-19 presentó una oportunidad única para explorar la importancia de las experiencias de aprendizaje en el desarrollo cognitivo de los bebés y los niños pequeños a medida que cambiaban las modalidades de cuidado de los niños. En comparación con los niños nacidos antes de la pandemia, los niños nacidos durante la pandemia mostraron puntuaciones más bajas en las áreas de cognición, lenguaje y habilidades motoras cuando eran niños pequeños (Deoni, Beauchemin, Volpe y D'Sa, 2021; Huang et al., 2021; Shuffrey et al., 2021). El impacto cognitivo negativo fue mayor para los varones y para los niños de entornos socioeconómicos más bajos. Estos resultados indicaron que la pandemia cambió de alguna manera las experiencias de aprendizaje lo suficiente como para tener un impacto significativo en las experiencias que favorecen el desarrollo cognitivo óptimo. Aunque hay varios posibles factores que podrían explicar estos resultados (p. ej., la reducción de la interacción social, el aumento del tiempo frente a la pantalla, el aumento del estrés de los padres, etc.), un factor significativo que contribuyó fue el cuidado y las experiencias educativas que los bebés y los niños pequeños recibieron durante la pandemia. [1]



Figura 10.3.1: Una niña pequeña con una mascarilla durante la pandemia de COVID-19. ([2])

Durante los primeros meses de la pandemia, las disposiciones para el cuidado de los niños cambiaron. Algunas guarderías cerraron temporalmente y luego abrieron con protocolos estrictos. Muchos niños, en lugar de asistir a un programa de cuidado grupal, se quedaban en casa bajo el cuidado de los padres y la familia ampliada. Las diversas experiencias que recibieron los bebés y niños pequeños durante la pandemia tuvieron un impacto en su desarrollo cognitivo.

En un estudio, se examinaron cómo las disposiciones para el cuidado de los niños durante la pandemia impactaron en el crecimiento cognitivo de los bebés y niños pequeños (Davies et al., 2021). Sus datos revelaron que los niños que asistieron a programas de cuidado grupal para bebés y niños pequeños durante la pandemia mostraron un mayor crecimiento cognitivo, independientemente de su nivel socioeconómico. Los beneficios de asistir a programas de cuidado grupal de bebés y niños pequeños para el desarrollo cognitivo, en comparación con otras disposiciones de cuidado de niños, como el cuidado de un familiar, pueden deberse a que los programas de cuidado grupal tienen más probabilidades de implementar materiales de aprendizaje adecuados para el desarrollo e interacciones entre adultos y niños que apuntalan el aprendizaje, y que han demostrado promover el desarrollo cognitivo temprano (Clark et al., 2013; DeJoseph, Sifre, Raver, Blair & Berry, 2021; Rosen et al., 2020). [3]

Curiosamente, en comparación con los niños que asistieron a programas de cuidado grupal para bebés y niños pequeños, el cuidado informal de los niños por parte de los familiares no demostró tener los mismos beneficios para el crecimiento cognitivo (Davies et al., 2021). Aunque la evidencia general es mixta con respecto a los beneficios cognitivos del cuidado informal de los niños (Green, Pearce, Parkes, Robertson, & Katikireddi, 2020; Hansen & Hawkes, 2009; Laing & Bergelson, 2019; Melhuish et al., 2015), es probable que los puntos fuertes de los programas de cuidado grupal de bebés y niños pequeños, como las interacciones entre cuidadores y niños, los horarios predecibles, el menor uso de pantallas y la educación de los cuidadores sean importantes para apoyar el crecimiento cognitivo (Dowsett, Huston, Imes & Gennetian, 2008). [3]



Figura 10.3.2: Cuidadora con una mascarilla mientras sostiene a un bebé. ([4])

Con varios estudios que han examinado el impacto de la pandemia de COVID-19 en el desarrollo cognitivo de los bebés y niños pequeños, se ha destacado el papel que tienen las experiencias de aprendizaje en el apoyo al desarrollo cognitivo. En particular, la calidad de los cuidados y las experiencias educativas que reciben los bebés y los niños pequeños están relacionadas con su crecimiento cognitivo. Estos resultados documentan además el importante papel que desempeñan los cuidadores de bebés y niños pequeños en la creación de contextos seguros y de calidad superior que contribuyen a la trayectoria del desarrollo cognitivo de los niños.

En la siguiente sección, analizaremos cuatro factores del cuidado grupal de calidad para bebés y niños pequeños que favorecen el desarrollo cognitivo: entornos, materiales, experiencias e interacciones.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] El artículo “Basics of COVID-19” de los CDC es de dominio público..

[2] Imagen de Leo_Fontes en Pixabay.

[3] Davies et al., (2021) Early childhood education and care (ECEC) during COVID-19 boosts growth in language and executive function. *Infant and Child Development*, e2241.CC by 4.0.

[4] Imagen de marcinjozwiak en Pixabay.

10.3: La pandemia de COVID-19- prueba de la importancia de las experiencias de aprendizaje de calidad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.4: Entornos que favorecen el desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo y el entorno

Los entornos son importantes para favorecer el desarrollo cognitivo porque son tanto el contexto estimulante como el contribuyente activo del aprendizaje. Por lo tanto, debemos cambiar la forma de pensar en los entornos: debemos pensar en ellos como entornos de aprendizaje en lugar de simples entornos físicos. Los entornos de aprendizaje son espacios enriquecedores que favorecen el desarrollo de todos los niños pequeños. Incluyen aulas, espacios de juego, lugares para las rutinas de cuidado y zonas al aire libre. Los entornos de aprendizaje son entornos bien organizados y gestionados. Ofrecen horarios adecuados para el desarrollo, oportunidades interiores y exteriores para elegir, jugar, explorar y experimentar. Los entornos de aprendizaje incluyen equipos y materiales adecuados para la edad. Integran las culturas del hogar y son flexibles para apoyar las edades, intereses y características cambiantes de un grupo de niños con el tiempo. [1]



Figura 10.4.1: Una zona dentro de un aula para niños pequeños. ([2]) El marcoeducativo de Reggio Emilia otorga un estado especia l al entorno del aula y, por lo tanto, proporciona una gran perspectiva para aprender cómo el entorno puede favorecer el desarrollo cognitivo . Reggio Emilia fue fundada por Loris Malaguzzi (1920-1994) para atender a los niños de la ciudad de Reggio Emilia (Italia) tras la Segunda Guerra Mundial (Wien, 2008). La filosofía de Reggio Emilia percibe el espacio físico como un aspecto primordial del desarrollo cognitivo , concebido como un tercer maestro (Wien, 2008). ¿ Qué cree que significa considerar el entorno como un tercer maestro? La importancia del entorno radica en la creencia de que los niños pueden crear un significado y dar sentido a su mundo de la mejor manera posible mediante entornos que apoyen “ relaciones complejas , variadas , sostenidas y cambiantes entre las personas, el mundo de la experiencia , las ideas y las diversas formas de expresarlas ”. (Cadwell, 1997). Aunque los bebés y los niños pequeños son activos creadores de significados , la calidad de los materiales y las interacciones en sus entornos influyen en la calidad de los significados que pueden hacer . [3] [4]

Físicamente, las aulas de Reggio Emilia suelen incorporar luz natural y plantas de interior. Las aulas captan la atención de los niños mediante el uso de espejos, fotografías y trabajos infantiles acompañados de transcripciones. Otros elementos de apoyo del entorno incluyen un amplio espacio para los suministros, frecuentemente reordenados para llamar la atención sobre sus características estéticas. El entorno de Reggio Emilia informa y atrae al espectador, al tiempo que se esfuerza por crear oportunidades para que los niños interactúen.[4]



Figura 10.4.1: Sección de un aula para niños pequeños inspirada en Reggio Emilia. ([5])

Con esta comprensión básica de algunas de las ideas relacionadas con la forma en que Reggio Emilia considera los entornos de aprendizaje, podemos ahora empezar a considerar los factores importantes para crear entornos de aprendizaje en las aulas de bebés y niños pequeños. Estos son algunos factores, inspirados en Reggio Emilia, para tener en cuenta para los entornos de los bebés y niños pequeños: [3]

- Cree entornos con un concepto abierto que permita la circulación entre las salas y entre las zonas de un aula. Las ventanas, las plantas de interior y los materiales de la naturaleza crean una sensación de fluidez entre los espacios interiores y exteriores.
- Las fotografías colgadas en las paredes deben representar a los niños, sus familias y las personas de diversas culturas que están inscritas en el programa y que conforman la comunidad local.
- Cuelgue las obras de arte creadas por los niños en el aula, y asegúrese de que estén colocadas en paredes situadas a una altura con la que los niños puedan interactuar con facilidad.
- Etiquete las estanterías y los recipientes para favorecer la alfabetización temprana y facilitar el proceso de búsqueda y limpieza.
- Considere cómo el tipo de almacenamiento afecta a la invitación y a la facilidad de acceso. Almacenar y exponer los materiales en recipientes transparentes y cestas abiertas invita visualmente a los niños a jugar con ellos y proporciona un acceso fácil sin tapas difíciles de abrir.



Figura 10.4.3: Los materiales de juego se almacenan en cestas abiertas en un estante bajo. ([6]

Además de la configuración física general del entorno, es importante tener en cuenta cómo están dispuestos los materiales en el entorno. La filosofía Reggio Emilia indica que se debe permitir a los niños tocar, mover, escuchar, ver, probar, descubrir y explorar el mundo que los rodea en un entorno enriquecedor y de apoyo. Por lo tanto, los materiales deben ser adecuados para el desarrollo, intrigantes y de fácil acceso. En la Figura 11.4.3, se muestra dos colecciones de materiales almacenados en cestas en una estantería.

¿De qué manera el almacenamiento y la disposición de los materiales invitan a la participación y facilitan el acceso? Los materiales se almacenan en cestas abiertas para que su contenido sea visible y de fácil acceso. Las cestas están abiertas, sin tapas, lo que invita a la participación. Además, las cestas se colocan en un estante bajo a la altura de los niños. [3]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] "Learning Environments" de Head Start ECLK es de dominio público.

[2] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0.

[3] Aljabreen (2020). Montessori, Waldorf, and Reggio Emilia: A comparative analysis of alternative models of early childhood education. *International Journal of Early Childhood*, *52*(3), 337-353.

[4] "Reggio Emilia approach" de Wikipedia tiene licencia CC by SA 3.0.

[5] La imagen del aula para niños pequeños inspirada en Reggio Emilia de Todd LaMarr tiene licencia CC by 4.0.

[6] La imagen de los materiales de juego de Todd LaMarr tiene licencia CC by 4.0.

10.4: Entornos que favorecen el desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.5: Materiales que favorecen el desarrollo cognitivo

Materiales y desarrollo cognitivo

La teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget propuso una conexión fundamental entre las experiencias y el desarrollo cognitivo durante la etapa sensoriomotora de la infancia y la niñez. El periodo sensoriomotor comienza con el nacimiento y continúa durante los dos primeros años del niño. Durante esta etapa, los bebés y los niños pequeños experimentan el mundo por medio de las sensaciones (sensoriales) y del movimiento (motoras). Los materiales pueden estimular tanto las experiencias sensoriales como las motrices y, por lo tanto, son una forma importante de apoyar el desarrollo cognitivo de los bebés y de los niños pequeños. [1]

Para fomentar la exploración, la selección de materiales que se proporciona a los bebés y niños pequeños debe ser adecuada para su edad y basarse en lo que los cuidadores observan que les interesa. A medida que los niños crecen, sus estrategias de exploración de materiales cambian. Por ejemplo, hablar con la boca es una forma predominante de exploración a los 6 meses de edad, pero se cambia por formas más refinadas de exploración manual más adelante en la infancia (Kaur, Srinivasan & Bhat, 2015). Otro ejemplo puede verse en los cambios en el desarrollo de la capacidad de agarre. Los bebés mejoran su capacidad de agarre entre los 6 y los 15 meses (Butterworth, Verweij & Hopkins, 1997). Del mismo modo, los bebés de 12 a 14 meses muestran cambios apropiados y anticipados en la formación del agarre en función de la forma y del tamaño del objeto en comparación con los bebés de 5 a 6 meses (Barrett et al., 2008; Fagard, 2000). Los bebés con capacidades motrices más avanzadas (es decir, los que pueden gatear, ponerse de pie o caminar) están más interesados en los objetos con asas (Nelson & Oakes, 2021). En función de esta investigación, los cuidadores deben observar los cambios en el desarrollo de los bebés y los niños pequeños, como las estrategias de exploración y agarre, y proporcionar materiales que sigan desafiando, intrigando y apoyando sus capacidades de desarrollo adecuadas para la edad. Por ejemplo, considere la colección de materiales de juego de la Figura 10.5.1. ¿Cómo pueden influir las diferentes capacidades de agarre de los bebés y los niños pequeños en la forma en que son capaces de sostener, manipular y explorar los distintos materiales? [1]



Figura 10.5.1: Diversos materiales de juego. ([3]

Junto con lo que es adecuado para la edad, las conductas exploratorias también están influenciadas por las propiedades del material, incluidos el tamaño, la forma, la textura y el peso de los objetos (Barrett et al., 2008; Bourgeois et al., 2005; Corbetta & Snapp-Childs, 2009; Libertus et al., 2013; Newell et al., 1989, 1993; van Hof et al., 2002). Por ejemplo, los bebés mostraron un mayor agarre de los objetos más pequeños mientras que miraban más los objetos más grandes (Rochat, 1989). Además, los bebés de 9 a 12 meses exploraron las propiedades de los objetos, como la forma, el tamaño y la textura al girar, digitar y transferir objetos, mientras que exploraban propiedades, como el peso, el sonido y la rigidez al golpear y agitar los objetos (Ruff, 1984). Los patrones de agarre de los bebés dependían del tamaño y de la estructura del objeto, ya que los objetos más pequeños se agarraban con una mano y los más grandes con las dos (Kaur, Srinivasan & Bhat, 2015). Del mismo modo, los bebés apretaron más los objetos que no eran rígidos en comparación con los objetos rígidos (Barrett et al., 2008; Newell et al., 1989, 1993). Con esta investigación, se indica que los cuidadores deben observar constantemente el desarrollo de las capacidades de los bebés y niños pequeños, y proporcionarles materiales adecuados para su edad, en función de estas observaciones de cerca. [2]

Piezas sueltas

Las piezas sueltas se refieren a materiales abiertos y manipulables (Nicholson, 1971). Las piezas sueltas son materiales móviles y no dictados que los niños pueden utilizar de diversas maneras (Daly & Beloglovsky, 2015; Maxwell, Mitchell & Evans, 2008). Las piezas sueltas suelen considerarse como lo opuesto a los juguetes prediseñados, que son la mayoría de los que se venden en las tiendas. Por ejemplo, un avión de juguete, si se le da a un niño, probablemente se utilizará de una cantidad limitada de maneras, en lo que respecta

al juguete. En cambio, los materiales como hojas y palitos de helado permiten un compromiso creativo con formas ilimitadas de interactuar con los materiales. La Figura 10.5.2 es una imagen de una mesa de piezas sueltas con diversos objetos de la naturaleza: calabazas pequeñas, hojas, trozos de tronco de un árbol pequeño, palos, etc., y herramientas como pinzas y lupas, para apoyar la exploración posterior. Dedique un momento a examinar los objetos y las herramientas de la Figura 10.5.2 y, luego, reflexione sobre estas cuestiones: [4]

- ¿Qué se imagina que hacen los niños pequeños mientras están en la mesa?
- ¿Cuántas formas diferentes de utilizar los materiales puede imaginar para los niños pequeños?
- ¿De qué manera las herramientas cuidadosamente seleccionadas (como tijeras o lupas) favorecen la exploración más de lo que probablemente ocurriría si no estuvieran presentes?
- ¿Qué otras herramientas podrían añadirse?
- ¿Qué conceptos cognitivos experimentan los niños cuando se relacionan con los materiales?



Figura 10.5.2: Materiales de la naturaleza. ([5])

Cuando los niños están expuestos a piezas sueltas intrigantes, se vuelven curiosos. La curiosidad de los niños se dispara cuando ven y experimentan cosas nuevas y viven experiencias únicas que no serían posibles en el entorno interior. Este sentido de la curiosidad es la forma en que los niños se inspiran para participar en nuevas exploraciones y descubrimientos (Perry, 2004). Las piezas sueltas dan a los niños la libertad de crear sus experiencias de juego en función de sus ideas y objetivos personales, en lugar de que el juego esté predeterminado por los materiales o el entorno (Änggård, 2011). Esto significa que los materiales no dictan el tipo de juego de los niños. Los niños crean episodios de juego basados en sus experiencias pasadas, su curiosidad, su creatividad y sus nuevas ideas. [4]



Figura 10.5.3: Colecciones de piezas sueltas. ([6])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Scott & Cogburn (2021). *Piaget*. *StatPearls Publishing.* CC by 4.0.

[2] Kaur et al., (2015). Atypical object exploration in infants at-risk for autism during the first year of life. *Frontiers in Psychology, 6, 798.* CC by 4.0.

[3] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0.

[4] Flannigan & Dietze (2017). Children, outdoor play, and loose parts. *Journal of Childhood Studies*, 53-60. CC by NC 4.0.

[5] Imagen de Susan Lewis-Penix en Unsplash.

[6] *Loose Parts* de Todd LaMarr tiene licencia CC by 4.0.

10.5: Materiales que favorecen el desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.6: Interacciones que favorecen el desarrollo cognitivo

Desarrollo cognitivo e interacciones

Aunque los materiales son realmente importantes para favorecer el desarrollo cognitivo, las interacciones que nosotros, como cuidadores, tenemos con los bebés y los niños pequeños pueden ser incluso más importantes. Los niños pequeños que experimentan más lenguaje por parte de sus cuidadores tienen mayores capacidades cognitivas más adelante en la infancia (Brown, Wang & McLeod, 2022; Marchman & Fernald, 2008). Un estudio examinó las características de la calidad del cuidado de los niños de dos años y su posible asociación con las habilidades cognitivas posteriores cuando los mismos niños tenían cuatro años (Côté et al., 2013). La calidad del cuidado infantil se midió con dos dimensiones. La dimensión "Provisión para el aprendizaje" midió la disponibilidad, accesibilidad y diversidad de las actividades a disposición de los niños. La dimensión "Enseñanza e interacciones" midió la calidad de la interacción y del compromiso entre los cuidadores y los niños. En general, los niveles más altos del cuidado infantil de calidad a la edad de dos años se asociaron con capacidades cognitivas más fuertes a la edad de cuatro años. De las dos dimensiones, la dimensión de "Enseñanza e interacciones" fue la que se asoció con el rendimiento cognitivo longitudinal, lo que apoyó el papel de las interacciones de calidad para el crecimiento cognitivo. Cabe destacar que la dimensión "Provisión de aprendizaje" no contribuyó de manera considerable al desarrollo cognitivo posterior.

Estos resultados están respaldados por numerosos estudios que también han hallado que la calidad de las relaciones y las interacciones dentro de estas relaciones durante la infancia y la niñez es lo más significativo para favorecer el desarrollo cognitivo y el crecimiento cognitivo a largo plazo (Forget-Dubois et al., 2009; Fraley, Roisman, & Haltigan, 2013; Marchman & Fernarld, 2008; McCormick et al., 2020; Rodríguez & Tamis-LeMonda, 2011). En un estudio longitudinal, Tamis-LeMonda y sus colegas (2019) descubrieron que los entornos de aprendizaje tempranos de los bebés y de los niños pequeños predijeron sus habilidades académicas posteriores hasta el quinto grado. El uso de la frase "entorno de aprendizaje" puede ser un poco engañoso, ya que puede llevar a pensar solo en el entorno físico y en los objetos/materiales. Mientras que una de sus dimensiones se centraba en los objetos/materiales estimulantes, las otras dos dimensiones se centraban en el compromiso y en las interacciones estimulantes (la frecuencia de participación de los niños en las actividades de alfabetización e interacciones sensibles y estimulantes). La investigación es clara: el acceso a materiales de aprendizaje de calidad es importante, pero es la calidad de las interacciones al utilizar estos materiales lo que puede ser más importante.

¿Cuál es el mensaje para los cuidadores de bebés y niños pequeños?

- Considere la comunicación como una parte integral del plan de estudios.
- Si planifica una actividad, no se limite a considerar lo que el niño hará, sino también el papel fundamental del adulto y sus interacciones durante la actividad.
- Inscríbase en un curso de formación para el personal que demuestre cómo mejorar las interacciones con los bebés y los niños pequeños.
- Aplique políticas de cuidado que favorezcan y fomenten las interacciones de calidad, como la atención primaria, los grupos pequeños, la continuidad de la atención, la atención individualizada, el cuidado culturalmente receptivo y el cuidado inclusivo.

Referencias

[1] Imagen de ParentiPacek en Pixabay.

10.6: Interacciones que favorecen el desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.7: Experiencias que favorecen el desarrollo cognitivo

Desarrollo cognitivo y experiencias

El valor global de las experiencias de calidad superior que reciben los bebés y los niños pequeños durante las guarderías favorece su desarrollo cognitivo. El cuidado infantil de calidad superior en un centro durante los tres primeros años de vida muestra beneficios para el desarrollo cognitivo, lingüístico y social de los niños al entrar en la escuela y posteriormente, en una serie de contextos nacionales (Albers, Riksen-Walraven & de Weerth, 2010; Barnes & Melhuish, 2017; Burchinal et al., 2000; Camilli, Vargas, Ryan, & Barnett, 2010; Drange & Havnes, 2019; Eryigit-Madzwamuse & Barnes, 2014; Hansen & Hawkes, 2009; Melhuish et al., 2015; Melhuish & Gardiner, 2017; National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network, 2000; Ruzek et al., 2014). Estos efectos son especialmente pronunciados en los niños de entornos desfavorecidos (Connell & Prinz, 2002; Felfe, Nollenberger, & Rodríguez-Planas, 2015; Geoffroy et al., 2007, 2010; Larose, Côté, Ouellet-Morin, Maughan, & Barker, 2020; Melhuish, 2004; Melhuish et al., 2015), lo que significa que la inversión en educación y el cuidado de la primera infancia es una forma poderosa de reducir las desigualdades socioeconómicas (Bustamante et al., 2021; Center on the Developing Child, 2010; Heckman, 2006; Reynolds, 2021). [1]



Figura 10.7.1: Un niño pequeño jugando con agua y cubos en el exterior. ([2])

Si bien los beneficios del cuidado de los niños en centros están bien documentados, la calidad del cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños no es igual, ya que en numerosos estudios se han documentado diferencias drásticas en la calidad del cuidado de los niños (Kuchirko & Nayfeld, 2020; Kuchirko & Tamis-LeMonda, 2019). En un estudio nacional de los programas en centros de cuidado infantil para bebés y niños pequeños “Early Head Start” en los Estados Unidos, la mayoría de las aulas eran de calidad media con puntuaciones más altas en el área de apoyo emocional y conductual, y puntuaciones más bajas en el área de apoyo comprometido para el aprendizaje (Vogel et al., 2015). El estudio del Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano (National Institute of Child Health and Human Development, NICHD) sobre el cuidado infantil temprano es uno de los mayores proyectos de investigación sobre el cuidado infantil temprano en los Estados Unidos y ha realizado un seguimiento longitudinal de más de 1,000 niños para medir el impacto a largo plazo de la experiencia de un cuidado infantil de calidad superior para bebés y niños pequeños. Los niños que recibieron un cuidado de mayor calidad cuando eran bebés y niños pequeños obtuvieron mejores resultados en las pruebas cognitivas durante los tres primeros años y hasta la adolescencia (Belsky, 2006; NICHD Early Child Care Research Network, 2001; Vandell et al., 2010). Es importante destacar que el lenguaje del cuidador (hacer preguntas, responder a las vocalizaciones del niño, etc.) fue el factor predisponente más fuerte del desarrollo cognitivo. [3]

La investigación es clara: el cuidado de calidad superior de bebés y niños pequeños es importante para favorecer la cognición, pero ¿qué aspecto tiene un cuidado de calidad superior? La calidad general del cuidado y la educación de los bebés y los niños pequeños suele dividirse en dos componentes: la calidad estructural y la calidad del proceso (Beller et al. 1996; Howes & Rubenstein, 1983; Penn, 2011; Phillipsen et al., 1997). La calidad estructural se refiere a componentes como el entorno físico (edificios, espacio y materiales), la proporción entre niños y personal, la educación y formación del personal y el plan de estudios (Barros et al., 2016; Slot et al., 2015; OCDE, 2006). Por otro lado, la calidad del proceso se centra en la naturaleza de las interacciones entre los niños y los cuidadores, entre los niños y entre los adultos –maestros, padres, personal– y en la naturaleza del liderazgo y la pedagogía (Barros et al., 2016; Cryer 1999; Goelman et al. 2006; Slot, 2017; Thomason & La Paro, 2009; Vandell & Wolfe 2000). La calidad estructural es más fácil de medir, aunque la calidad del proceso puede estar más relacionada con mayores resultados de desarrollo. [4]



Figura 10.7.2: Una cuidadora con un bebé más grande sentado en el regazo. ([5])

Hay varias herramientas que pueden utilizarse para medir las cualidades estructurales y de proceso. Una herramienta que se utiliza mucho es la Escala de calificación ambiental para bebés y niños pequeños, edición revisada (Infant-Toddler Environmental Rating Scale Revised Edition, ITERS-R); Harms et al. 2006). Se utiliza para medir la calidad general de las aulas que atienden a niños desde el nacimiento hasta los 30 meses de edad. La ITERS-R incluye 39 elementos, organizados en 7 subescalas: espacio y mobiliario (5 elementos); rutinas de cuidado personal para bebés y niños pequeños (6 elementos); escuchar y hablar (3 elementos); actividades adecuadas para la edad (10 elementos); interacción entre adultos y niños (4 elementos); estructura del programa (4 elementos); y comunicación entre los padres y el personal (7 elementos). [4]

Elementos y subescalas de la ITERS-R. [4]

Espacio y mobiliario

- Espacio interior
- Muebles para el cuidado y los juegos de rutina Disposición para la relajación y la comodidad Disposición de la habitación
- Pantalla para niños

Rutinas de cuidado personal Saludar/salir

- Comidas/meriendas
- Siesta
- Cambio de pañales/ir al baño Prácticas de salud
- Prácticas de seguridad

Escuchar y hablar

- Ayudar a los niños a comprender el lenguaje
- Ayudar a los niños a utilizar el lenguaje
- Utilizar los libros

Actividades adecuadas para la edad

- Motricidad fina
- Juego físico activo
- Arte
- Música y movimiento
- Bloques
- Juego dramático
- Naturaleza/ciencia
- Promover la aceptación de la diversidad

Interacción entre adultos y niños

- Supervisión del juego y el aprendizaje
- Interacción con los compañeros
- Interacción entre el personal y los niños
- Disciplina

Estructura del programa

- Programa
- Juego libre
- Actividades de juego en grupo

Comunicación entre los padres y el personal

- Disposiciones para los padres
- Disposiciones para las necesidades personales de los empleados
- Disposiciones para las necesidades profesionales del personal
- Interacción y cooperación del personal
- Continuidad del personal
- Supervisión y evaluación del personal
- Oportunidades de crecimiento profesional

Con la ITERS, las puntuaciones de la calidad global van de “inadecuada” (puntuación de 1) a “excelente” (puntuación de 7), con un “mínimo” (puntuación de 3) y un “bien” (puntuación de 5) entre ambos. Los estudios que han utilizado la ITERS para evaluar la calidad han encontrado puntuaciones bajas en general. Varias investigaciones en los Estados Unidos han encontrado que las puntuaciones de calidad de los programas para bebés y niños pequeños están en el rango bajo y medio (La Paro, Williamson & Hatfield, 2014; Tietze & Cryer, 2004). Por ejemplo, en un estudio, se examinó la calidad de 93 programas para niños pequeños en todo el estado de Carolina del Norte, y se halló que el 83 % de los programas estaban en el rango medio, con puntuaciones entre 3 y 5 (La Paro, Williamson & Hatfield, 2014). Si bien los centros de cuidado infantil de los Estados Unidos obtienen una mayor puntuación en cuanto a la calidad media general en comparación con la mayoría de los demás países, hay más variación en la calidad de los programas estadounidenses en comparación con otros países (Vermeer et al., 2016). También se han encontrado puntuaciones de calidad superiores a la media en Australia (Fenech, Sweller & Harrison, 2010).

Las puntuaciones de la ITERS de todo el mundo son bajas. Los resultados de los estudios realizados en los Países Bajos hallaron una puntuación global de calidad en la ITERS en el nivel mínimo, con una puntuación media de 3, y mostraron una tendencia a la baja en la calidad con el tiempo (Helmerhorst et al., 2015; Vermeer et al., 2008). Un total de 75 guarderías de Alemania oriental y occidental obtuvieron una puntuación media de 3.2 en la ITERS (Tietze & Cryer, 2004). Con tres estudios realizados en Portugal, se informó de la mala calidad del cuidado y la educación, con puntuaciones inferiores a 3 (Barros & Aguiar, 2010; Pessanha et al., 2007; Pinto et al., 2013). Los resultados de un estudio de 93 centros en Noruega encontraron una calidad media mínima de 3.9 (Bjørnestad & Os, 2018). En Grecia, los programas para bebés y niños pequeños oscilaron entre 2.60 y 5.40 al utilizar la ITERS (Megalonidou, 2020). En Inglaterra, se evaluaron 75 centros de cuidado infantil y se comprobó que la puntuación media era de 4.2 (Smith et al., 2009). Chile informó una puntuación de la ITERS entre 3 y 4; en los centros de cuidado infantil públicos (3.08) se obtuvo una puntuación más baja que en los centros privados (3.57) (Cárcamo et al., 2014). En 79 aulas de bebés y niños pequeños de Jinan, en la provincia de Shandong, al este de China, la puntuación media general fue de 3.50 (Hu et al., 2019). La calidad general fue baja en Ecuador, con una puntuación media de 2.08 (Lopez Boo, Dormal & Weber, 2019). [4]



Figura 10.7.3: Una niña pequeña jugando con burbujas. ([6])

¿Cuál es el mensaje para los cuidadores de bebés y niños pequeños?

- La calidad de las experiencias de aprendizaje durante los tres primeros años está relacionada con las capacidades cognitivas posteriores.
- Los bebés y los niños pequeños que asisten a programas en centros de cuidado infantil de mayor calidad obtienen puntuaciones cognitivas más altas en la infancia y en la adolescencia.
- La calidad general de los cuidados y la educación que reciben los bebés y los niños pequeños puede variar mucho.
- Mientras que los programas de los Estados Unidos tienden a recibir puntuaciones de calidad medias y superiores, se ha comprobado que la calidad de los programas de los Estados Unidos varía enormemente.
- Mientras que muchos países reciben puntuaciones de calidad en el rango medio y superior, muchos más países reciben sistemáticamente puntuaciones de baja calidad, lo que pone de relieve la importancia de la educación y la capacitación de los cuidadores y el personal de los bebés y niños pequeños.
- Los cuidadores pueden utilizar medidas de calidad del programa, como la ITERS-R, para evaluar la calidad de sus programas, identificar las áreas de menor rendimiento y esforzarse por mejorar.
- Dado que la calidad del proceso puede estar más relacionada con el desarrollo cognitivo que con la calidad estructural, los cuidadores pueden tratar de mejorar activamente sus habilidades y estrategias para relacionarse con los bebés y con los niños pequeños, en especial en términos de exposición al lenguaje.

Otra herramienta que puede utilizarse para medir la calidad de las interacciones entre los cuidadores y los niños es el Sistema de puntuación de la evaluación del aula (Classroom Assessment Scoring System, CLASS). El CLASS define la calidad de la enseñanza por medio de la lente de las interacciones. Ofrece la posibilidad de medir y mejorar las interacciones más importantes para los resultados de los alumnos. La aplicación de una herramienta como el CLASS puede brindar datos que pueden utilizarse para proporcionar desarrollo profesional y mejorar la calidad general.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Davies et al., (2021) Early childhood education and care (ECEC) during COVID-19 boosts growth in language and executive function. *Infant and Child Development, e2241*.CC by 4.0.

[2] Imagen de igrow en Pixabay.

[3] Vogel et al., (2015). Toddlers in Early Head Start: A portrait of 2-year-olds, their families, and the programs serving them. *Vol. 1:* Informe para los 2 años. Informe de OPRE, 2015-10. *Administration for Children & Families*. En el dominio público.

[4] Megalonidou (2020). The quality of early childhood education and care services in Greece. *International Journal of Child Care and Education Policy*, *14*(1), 1-12. CC by 4.0.

[5] Imagen de ImagesBG en Pixabay.

[6] Imagen de cherylholt en Pixabay.

10.7: Experiencias que favorecen el desarrollo cognitivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.8: Conclusión

Conclusión de favorecer el desarrollo cognitivo en el cuidado grupal

Los bebés y los niños pequeños son activos creadores de significado, con ganas de relacionarse con el mundo físico y social que los rodea. Las experiencias que son adecuadas para la edad y estimulantes favorecen de manera óptima el desarrollo de sus capacidades cognitivas. Los cuidadores pueden desempeñar un papel fundamental para favorecer el desarrollo cognitivo al crear experiencias de calidad con materiales y por medio de sus interacciones. En este capítulo, se analiza cómo los cuidadores pueden crear entornos e interacciones y utilizar materiales de aprendizaje para crear experiencias generales de alta calidad para los bebés y niños pequeños.

10.8: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

10.9: Referencias

Albers, E. M., Riksen-Walraven, J. M., & de Weerth, C. (2010). Developmental stimulation in child care centers contributes to young infants' cognitive development. *Infant Behavior and Development, 33*(4), 401-408.

Barrett, T. M., Traupman, E., & Needham, A. (2008). Infants' visual anticipation of object structure in grasp planning. *Infant Behavior and Development, 31*(1), 1-9.

Belsky, J. (2006). Early child care and early child development: Major findings of the NICHD study of early child care. *European Journal of Developmental Psychology, 3*(1), 95-110.

Bjørnestad, E., & Os, E. (2018). Quality in Norwegian childcare for toddlers using ITERS-R. *European Early Childhood Education Research Journal, 26*(1), 111-127.

Bourgeois, K. S., Khawar, A. W., Neal, S. A., & Lockman, J. J. (2005). Infant manual exploration of objects, surfaces, and their interrelations. *Infancy, 8*(3), 233-252.

Brown, M. I., Wang, C., & McLeod, S. (2022). Reading with 1–2 year olds impacts academic achievement at 8–11 years. *Early Childhood Research Quarterly, 58*, 198-207.

Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Riggins, Jr, R., Zeisel, S. A., Neebe, E., & Bryant, D. (2000). Relating quality of center-based child care to early cognitive and language development longitudinally. *Child Development, 71*(2), 339-357.

Bustamante, A. S., Dearing, E., Zachrisson, H. D., & Vandell, D. L. (2021). Adult outcomes of sustained high-quality early child care and education: Do they vary by family income? *Child Development*.

Butterworth, G., Verweij, E., & Hopkins, B. (1997). The development of prehension in infants: Halverson revisited. *British Journal of Developmental Psychology, 15*(2), 223-236.

Cadwell, L. B. (1997). *Bringing Reggio Emilia Home: An Innovative Approach to Early Childhood Education*. Teachers College Press.

Cárcamo, R. A., Vermeer, H. J., De la Harpe, C., van der Veer, R., & van IJzendoorn, M. H. (2014). The quality of childcare in Chile: Its stability and international ranking. *Child & Youth Care Forum 43*(6).

Clark, C. A., Sheffield, T. D., Chevalier, N., Nelson, J. M., Wiebe, S. A., & Espy, K. A. (2013). Charting early trajectories of executive control with the shape school. *Developmental Psychology, 49*(8), 1481.

Corbetta, D., & Snapp-Childs, W. (2009). Seeing and touching: the role of sensory-motor experience on the development of infant reaching. *Infant Behavior and Development, 32*(1), 44-58.

Davies, C., Hendry, A., Gibson, S. P., Gliga, T., McGillion, M., & Gonzalez-Gomez, N. (2021). Early childhood education and care (ECEC) during COVID-19 boosts growth in language and executive function. *Infant and Child Development, e2241*.

DeJoseph, M. L., Sifre, R. D., Raver, C. C., Blair, C. B., & Berry, D. (2021). Capturing environmental dimensions of adversity and resources in the context of poverty across infancy through early adolescence: A moderated nonlinear factor model. *Child Development, 92*: e457-e475

Deoni, S., Beauchemin, J., Volpe, A., & D'Sa, V. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on early child cognitive development: Initial findings in a longitudinal observational study of child health. *Medrxiv*. Available online: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.10.21261846v1

Dowsett, C. J., Huston, A. C., Imes, A. E., & Gennetian, L. (2008). Structural and process features in three types of child care for children from high and low income families. *Early Childhood Research Quarterly, 23*(1), 69-93.

Fagard, J. (2000). Linked proximal and distal changes in the reaching behavior of 5-to 12-month-old human infants grasping objects of different sizes. *Infant Behavior and Development, 23*(3-4), 317-329.

Fenech, M., Sweller, N., & Harrison, L. (2010). Identifying high-quality centre-based childcare using quantitative data-sets: what the numbers do and don't tell us. *International Journal of Early Years Education, 18*(4), 283-296.

Flannigan, C., & Dietze, B. (2017). Children, outdoor play, and loose parts. *Journal of Childhood Studies*, 53-60.

Green, M. J., Pearce, A., Parkes, A., Robertson, E., & Katikireddi, S. V. (2021). Pre-school childcare and inequalities in child development. *SSM-population Health, 14*, 100776.

Hansen, K., & Hawkes, D. (2009). Early childcare and child development. *Journal of Social Policy*, *38*(2), 211-239.

Helmerhorst, K. O., Riksen-Walraven, J. M. A., Gevers Deynoot-Schaub, M. J., Tavecchio, L. W., & Fukkink, R. G. (2015). Child care quality in the Netherlands over the years: A closer look. *Early Education and Development*, *26*(1), 89-105.

Hu, B. Y., Song, Z., Wang, S., & LoCasale-Crouch, J. (2019). Global quality profiles in Chinese early care classrooms: Evidence from the Shandong Province. *Children and Youth Services Review*, *101*, 157-164.

Huang, P., Zhou, F., Guo, Y., Yuan, S., Lin, S., Lu, J., Shen, S., Guedeney, A., Xia, H. & Qiu, X. (2021). Association between the COVID-19 pandemic and infant neurodevelopment: A comparison before and during COVID-19. *Frontiers in Pediatrics*, 1087.

Kaur, M., Srinivasan, S. M., & Bhat, A. N. (2015). Atypical object exploration in infants at-risk for autism during the first year of life. *Frontiers in Psychology*, *6*, 798.

Laing, C., & Bergelson, E. (2019). Mothers' work status and 17-month-olds' productive vocabulary. *Infancy*, *24*(1), 101-109.

La Paro, K. M., Williamson, A. C., & Hatfield, B. (2014). Assessing quality in toddler classrooms using the CLASS-Toddler and the ITERS-R. *Early Education and Development*, *25*(6), 875-893.

Libertus, K., Gibson, J., Hidayatallah, N. Z., Hirtle, J., Adcock, R. A., & Needham, A. (2013). Size matters: How age and reaching experiences shape infants' preferences for different sized objects. *Infant Behavior and Development*, *36*(2), 189-198.

Lopez Boo, F., Dormal, M., & Weber, A. (2019). Validity of four measures of child care quality in a national sample of centers in Ecuador. *PloS One*, *14*(2), e0209987.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science*, *11*(3), F9-F16.

Megalonidou, C. (2020). The quality of early childhood education and care services in Greece. *International Journal of Child Care and Education Policy*, *14*(1), 1-12.

Melhuish, E., Ereky-Stevens, K., Petrogiannis, K., Ariescu, A., Penderi, E., Rentzou, K., Tawell, A., Leseman, P. & Broekhuisen, M. (2015). A review of research on the effects of early childhood education and care (ECEC) on child development. *CARE project; Curriculum Quality Analysis and Impact Review of European Early Childhood Education and Care (ECEC)*.

Nelson, C. M., & Oakes, L. M. (2021). "May I grab your attention?" An investigation into infants' visual preferences for handled objects using Lookit as an online platform for data collection. *Frontiers in Psychology*, 3866.

Newell, K. M., McDonald, P. V., & Baillargeon, R. (1993). Body scale and infant grip configurations. *The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, *26*(4), 195-205.

Newell, K. M., Scully, D. M., McDonald, P. V., & Baillargeon, R. (1989). Task constraints and infant grip configurations. *The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, *22*(8), 817-831.

NICHD Early Child Care Research Network. (2001). Nonmaternal care and family factors in early development: An overview of the NICHD Study of Early Child Care. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22(5), 457-492.

Reynolds, S. A. (2021). *Center-Based Child Care and Differential Improvements in the Child Development Outcomes of Disadvantaged Children*. In Child & Youth Care Forum. Springer, U.S.

Rochat, P. (1989). Object manipulation and exploration in 2-to 5-month-old infants. *Developmental Psychology*, *25*(6), 871.

Rosen, M. L., Hagen, M. P., Lurie, L. A., Miles, Z. E., Sheridan, M. A., Meltzoff, A. N., & McLaughlin, K. A. (2020). Cognitive stimulation as a mechanism linking socioeconomic status with executive function: A longitudinal investigation. *Child Development*, *91*(4), e762-e779.

Ruff, H. A. (1984). Infants' manipulative exploration of objects: Effects of age and object characteristics. *Developmental Psychology*, *20*(1), 9.

Ruzek, E., Burchinal, M., Farkas, G., & Duncan, G. J. (2014). The quality of toddler child care and cognitive skills at 24 months: Propensity score analysis results from the ECLS-B. *Early Childhood Research Quarterly*, *29*(1), 12-21.

Scott, H. K., & Cogburn, M. (2021). *Piaget*. StatPearls Publishing.

Shuffrey, L. C., Firestein, M. R., Kyle, M., Fields, A., Alcantara, C., Amso, D., ... & Dumitriu, D. (2021). Birth during the COVID-19 pandemic, but not maternal SARS-CoV-2 infection during pregnancy, is associated with lower neurodevelopmental scores at 6-

months. *MedRxiv*.

Smith, R., Purdon, S., Schneider, V., La Valle, I., Wollny, I., Owen, R., et al. (2009). *Early Education pilot for two year old children evaluation.* U.K.: Department for Children, Schools and Families.

Tietze, W., & Cryer, D. (2004). Comparaisons de qualité de processus observée dans les programmes Allemands et Américains pour des Enfants/Petits Enfants Comparaciones de la calidad de proceso observada en los programas Alemanes y Americanos para infantes/niños pequeños. *International Journal of Early Years Education*, *12*(1), 43-62.

Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M., Steinberg, L., Vandergrift, N., & NICHD Early Child Care Research Network. (2010). Do effects of early child care extend to age 15 years? Results from the NICHD study of early child care and youth development. *Child Development*, *81*(3), 737-756.

Van Hof, P., Van der Kamp, J., & Savelsbergh, G. J. P. (2002). The relation of unimanual and bimanual reaching to crossing the midline. *Child Development*, *73*(5), 1353-1362.

Vermeer, H. J., van IJzendoorn, M. H., Cárcamo, R. A., & Harrison, L. J. (2016). Quality of child care using the environment rating scales: A meta-analysis of international studies. *International Journal of Early Childhood*, *48*(1), 33-60.

Vermeer, H. J., Van IJzendoorn, M. H., De Kruif, R. E., Fukkink, R. G., Tavecchio, L. W., Riksen-Walraven, J. M., & Van Zeijl, J. (2008). Child care in the Netherlands: Trends in quality over the years 1995-2005. *The Journal of Genetic Psychology*, *169*(4), 360-385.

Vogel, C. A., Caronongan, P., Thomas, J., Bandel, E., Xue, Y., Henke, J., ... & Murphy, L. (2015). Toddlers in early Head Start: A portrait of 2-year-olds, their families, and the programs serving them. Vol. 1: Age 2 Report. OPRE Report 2015-10. *Administration for Children & Families.*

Wien, C. A. (2008). *Emergent curriculum in the primary classroom: Interpreting the Reggio Emilia approach in schools.* New York: Teachers College Press.

10.9: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

11: Información general sobre el desarrollo del lenguaje

11.1: Introducción
11.2: Hitos de la comunicación y el lenguaje en los primeros años de vida y la niñez
11.3: Comunicación temprana con la mirada
11.4: Etapas de la adquisición del lenguaje
11.5: Desarrollo vocal del bebé
11.6: Desarrollo de los gestos
11.7: Aprendizaje estadístico
11.8: Primeras palabras
11.9: Seguimiento del crecimiento del lenguaje en bebés y niños pequeños en gráficos
11.10: Desarrollo de la lengua materna en lenguas distintas al inglés
11.11: Desarrollo de la eficacia en el procesamiento del lenguaje
11.12: Conclusión
11.13: Referencias

11: Información general sobre el desarrollo del lenguaje is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.1: Introducción

Introducción al desarrollo del lenguaje

El desarrollo del lenguaje tiene algo realmente especial. Más allá de la asombrosa hazaña de que los bebés y los niños pequeños adquieran sistemas lingüísticos complejos con rapidez y relativa facilidad, el lenguaje cambia las interacciones que tiene el niño con las personas a su alrededor y su forma de pensar sobre su entorno físico. El lenguaje permite a los adultos y a los niños compartir sus pensamientos y sentimientos íntimos y hablar sobre acontecimientos pasados, presentes y futuros. Con el lenguaje, los niños transforman los pensamientos sobre el mundo que les rodea con nuevas formas de etiquetar, organizar, clasificar y memorizar. Además, es importante que presenten una capacidad lingüística temprana en la niñez no solo porque influirá en su capacidad lingüística posterior, sino porque también afectará el desarrollo cognitivo en la infancia posterior. En esta sección, se proporcionará información general sobre el desarrollo de la comunicación y el lenguaje durante los primeros tres años, teniendo en cuenta los patrones de adquisición y la importancia de las diferencias individuales.

11.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.2: Hitos de la comunicación y el lenguaje en los primeros años de vida y la niñez

Hitos

El término hitos se refiere a lo que la mayoría de los niños pueden hacer a determinadas edades; sin embargo, es importante recordar que los niños no logran estos hitos a exactamente la misma edad. Los hitos solo suponen la edad promedio a la que se logran. El hecho de que un niño no haya alcanzado ciertos hitos a una edad determinada no supone necesariamente que presente un retraso o una discapacidad; sin embargo, hay edades concretas en las que, si no se logran determinados hitos, las personas encargadas del cuidado deben recomendar a los padres del niño que se comuniquen con su pediatra de cabecera. A continuación, se presenta una tabla con los hitos comunes de comunicación y lenguaje para bebés y niños pequeños.

Tabela 11.2.1: Lo que la mayoría de los niños pueden hacer según la edad[1]

Edad	Lo que la mayoría de los niños pueden hacer a esa edad
2 meses	• Gorjean y hacen sonidos de gorgoteo. • Pueden girar la cabeza hacia los sonidos.
4 meses	• Comienzan a balbucear. • Pueden balbucear con expresión y copiar los sonidos que escuchan. • Pueden llorar de diferentes maneras para expresar hambre, dolor o cansancio.
6 meses	• Pueden responder a los sonidos con sonidos. • Pueden encadenar las vocales al balbucear (“ah”, “eh”, “oh”) y les gustar turnarse con la persona que los cuida para hacer sonidos. Responden a su propio nombre. • Pueden emitir sonidos para expresar alegría y disgusto. • Comienzan a producir sonidos de consonantes (balbucean con “m”, “b”).
9 meses	• Entienden el significado de “no”. • Pueden emitir muchos sonidos diferentes como “mamamama” y “bababababa” • Pueden copiar los sonidos y gestos de los demás. • Usan los dedos para señalar cosas.
12 meses	• Pueden responder a peticiones orales sencillas. • Utilizan gestos sencillos, como sacudir la cabeza para decir “no” o saludar para decir “adiós”. • Pueden emitir sonidos con cambios de tono (sonidos más parecidos al habla). • Pueden decir “mamá” y “papá”, y hacer exclamaciones como “¡oh, oh!”. • Intentan decir palabras que dicen las personas encargadas de su cuidado.
18 meses	• Pueden decir varias palabras sueltas. • Pueden decir “no” y negar con la cabeza. • Pueden señalar algo para indicarle a alguien lo que quieren.
24 meses	• Pueden señalar cosas o imágenes cuando se las nombran. • Saben los nombres de personas y partes del cuerpo conocidas. • Pueden decir frases con dos a cuatro palabras. • Pueden seguir instrucciones sencillas. • Pueden repetir palabras que escuchan en una conversación. • Pueden señalar cosas en un libro.
36 meses	• Pueden seguir instrucciones con dos o tres pasos. • Pueden nombrar las cosas que les resultan más conocidas. • Pueden entender palabras como “en”, “sobre” y “debajo”. • Pueden decir su nombre, edad y sexo. • Pueden nombrar a un amigo. • Pueden decir palabras como “yo”, “me”, “nosotros” y “tú”, y algunos plurales (coches, perros, gatos). • Pueden hablar bastante bien como para que personas desconocidas les entiendan la mayor parte del tiempo. • Pueden mantener una conversación utilizando entre dos y tres frases.

Problemas de comunicación y lenguaje

En el gráfico anterior, se presentan las medias de cuándo los bebés y los niños pequeños alcanzan diversos hitos del desarrollo de la comunicación y el lenguaje. ¿Qué sucede con los niños que no logran estos hitos a las edades indicadas? Si bien es cierto que los niños pueden adquirir distintas capacidades en distintos momentos, si la adquisición de determinados hitos se retrasa demasiado, puede ser un motivo de preocupación. La tabla a continuación se tomó del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC) y allí se adopta una postura proactiva: se debe actuar pronto cuando se observan problemas del desarrollo, en lugar de esperar a ver si el niño "se pone al día". Cabe repetir que, aunque los niños se desarrollan a su propio ritmo, ser proactivo durante estos primeros años que son críticos es esencial, ya que el reconocimiento temprano de los retrasos y las discapacidades puede generar una intervención temprana con el potencial de obtener mayores resultados positivos (Caselli, Pyers & Lieberman, 2021; Fuller et al., 2020; Roberts & Kaiser, 2015). Las personas encargadas del cuidado de bebés deben recomendar a los padres que se comuniquen con el pediatra de la familia si los niños no alcanzan los hitos a las edades que se indican a continuación. La mayoría de las personas encargadas del cuidado de bebés y niños pequeños no tienen la formación profesional para evaluar oficialmente las capacidades del desarrollo de los niños; sin embargo, tienen la capacidad de seguir el progreso del desarrollo y suelen ser las primeras personas en notar si hay algún problema del desarrollo.

Tabela 11.2.1: Preocupaciones del desarrollo del lenguaje [1]

Edad	Recomiende a los padres comunicarse con el pediatra de la familia en los siguientes casos:
A los 4 meses	• No gorjea ni emite sonidos. • No le sonríe a la gente.
A los 6 meses	• No emite sonidos vocálicos ("ah", "eh", "oh"). • No responde a los sonidos de su entorno. • No se ríe ni hace chillidos.
A los 9 meses	• No balbucea ("mamá", "baba", "papá"). • No juega a ningún juego que implique reciprocidad. • No responde a su propio nombre. • No parece reconocer a las personas conocidas. • No mira hacia donde usted señala.
A los 12 meses	• No dice palabras sueltas como "mamá" o "papá". • No aprende gestos como saludar o negar con la cabeza. • No señala las cosas.
A los 18 meses	• No copia a los demás. • No adquiere palabras nuevas. • No conoce al menos seis palabras.
A los 24 meses	• No utiliza frases de dos palabras (por ejemplo, "beber leche"). No imita acciones ni copia palabras. • No sigue instrucciones sencillas.
A los 36 meses	• Babea o tiene un discurso muy poco claro. • No puede utilizar juguetes sencillos (como tableros didácticos de clavijas, rompecabezas sencillos, manivela giratoria). • No habla utilizando frases. • No entiende instrucciones sencillas. • No juega a juegos de imaginación o de simulación. • No quiere jugar con otros niños o con juguetes. • No establece contacto visual.

Referencias

[1] El documento "Developmental Milestones" del CDC de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades es de dominio público.

11.2: Hitos de la comunicación y el lenguaje en los primeros años de vida y la niñez is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.3: Comunicación temprana con la mirada

La importancia de la mirada

La mejor forma para que los bebés y los niños pequeños aprendan el lenguaje es a través de las interacciones cara a cara con las personas que los cuidan en contextos sociales, y la comunicación en persona es multimodal por naturaleza, ya que se utiliza algo más que el habla para comunicarse (por ejemplo, gestos, expresiones faciales, miradas, etc.). La mirada es, de hecho, un elemento primordial en la comunicación humana. No solo las personas adultas utilizan a menudo la mirada social cuando se comunican con los bebés, sino que los bebés también muestran una sensibilidad, e incluso preferencia, por señales con la mirada desde temprano (Simpson et al., 2020). Los recién nacidos miran más tiempo las caras que tienen los ojos abiertos que las caras que tienen los ojos cerrados (Batki et al., 2000). También prefieren los rostros con una mirada directa con los que pueden establecer un contacto visual mutuo (Farroni, Johnson & Csibra, 2004). Los bebés comienzan a desarrollar la capacidad de seguimiento de la mirada entre los dos y los cuatro meses, y esto se vuelve bastante estable entre los seis y los ocho meses (D'Entremont et al., 1997; Gredeback et al., 2010). Seguir las señales de la mirada se convierte en algo casi automático, y la dirección de la mirada de las personas adultas provoca rápidos cambios en la atención visual incluso en bebés de tan solo tres meses de edad (Hood et al., 1998).



Figura 11.3.1: Ejemplo de la mirada. ([1])

Existe una fuerte asociación entre la capacidad de los bebés para seguir la dirección de la mirada de una persona adulta y su posterior vocabulario receptivo y expresivo (Çetinçelik, Rowland & Snijders, 2020). La mirada, tanto al hacer contacto visual como al seguir una mirada, puede guiar y ayudar a los bebés a mantener su atención y, por lo tanto, a aprender sobre la información relevante del entorno. Por ejemplo, cuando un bebé sigue la mirada de una persona adulta hacia el cielo en dirección a un avión, los sonidos producidos por el avión y el lenguaje que la persona utiliza mientras se comunica en ese momento sobre el avión pueden relacionarse más fácilmente con el avión en sí. El uso de las señales de la mirada respalda el aprendizaje de los bebés al poner de relieve la información importante del entorno y canalizar su atención hacia ella. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Zach Vessels en Unsplash.

[2] Çetinçelik et al., (2020). Do the eyes have it? A systematic review on the role of eye gaze in infant language development. *Frontiers in Psychology, 11*. CC by 4.0

11.3: Comunicación temprana con la mirada is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.4: Etapas de la adquisición del lenguaje

Adquisición del lenguaje

Los niños suelen pasar por las cuatro etapas de la adquisición del lenguaje:

1. la etapa de prelenguaje (de los tres a los diez meses), en la que el niño hace muchos “gorjeos” y “balbuceos”;
2. la etapa holofrástica (de los doce a los dieciocho meses), en la que el niño empieza a comprender una sola unidad de enunciado como “leche”, “comer”, “papá”, “hermano”;
3. la etapa de la emisión de dos palabras (de los dieciocho a los veinte meses) en la que el niño, a través de un proceso de adquisición de dos sustantivos o de un sustantivo y un verbo (sustantivo + verbo), comienza a emparejar dos palabras como “silla bebé”, “mamá come”, “gato malo”;
4. la etapa del habla telegráfica (antes de los tres años), en la que el niño une algunas palabras, aunque no estén en el orden correcto. Tiene un significado similar al de una oración, como “galleta quiero”, “juguete me cayó”, pero no es una oración completa. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Fitria & Musthafa (2019). Conversational Interaction to Develop the Two-Word Stage of A Child’s Second Language Acquisition. In *Eleventh Conference on Applied Linguistics*. Atlantis Press. CC by NC 4.0 https://www.atlantis-press.com/proceedings/conaplin-18/125911514

11.4: Etapas de la adquisición del lenguaje is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.5: Desarrollo vocal del bebé

Desarrollo vocal

Se puede ver un progreso notable en la calidad de las vocalizaciones de los bebés durante el primer año de vida. Desde el nacimiento, los bebés producen vocalizaciones reflexivas, como llantos, alborotos y ruidos vegetativos (por ejemplo, tos, eructos, estornudos), así como vocalizaciones previas al habla (también llamadas “protosonidos”) (Buder, Warlaumont & Oller, 2013; Oller et al., 2009). Los protosonidos son sonidos parecidos al del discurso que incluyen tanto el balbuceo canónico (formado por sílabas canónicas como “ma” o “da” y secuencias como “mama” o “dada”, etc.) como el balbuceo no canónico (por ejemplo, chillidos, gruñidos y sonidos parecidos a las vocales). Los bebés producen aproximadamente 3500 vocalizaciones de protosonidos cada día (Oller et al., 2019). Los bebés comienzan a gorjear alrededor de los dos meses de edad. A los tres meses, los bebés suelen demostrar una gama más amplia de tipos de vocalizaciones, como pedorretas, chillidos, gruñidos, vocales completas, gritos y susurros (Buder, Warlaumont & Oller, 2013; Oller, 2000). Entre los cuatro y seis meses, los bebés comienzan a producir sonidos de balbuceo de una sola sílaba (por ejemplo, ma, da) y luego combinan estos sonidos silábicos (por ejemplo, mamama, dadada) entre los seis y los ocho meses de edad. [1] [2]



Figura 11.5.1: Ejemplo de vocalización. ([3])

El balbuceo representa los sonidos específicos que se usan en el idioma al que está expuesto el niño. Alrededor de los siete meses, los bebés suelen empezar a presentar un balbuceo canónico, que contiene tanto consonantes como vocales con transiciones rápidas entre ellas. El balbuceo canónico se considera similar al habla y es la base de las primeras palabras que los bebés empiezan a producir alrededor del primer cumpleaños (Oller, 2000; Stoel-Gammon & Cooper, 1984). La investigación interlingüística muestra que los bebés monolingües de entre ocho y doce meses de edad comienzan a producir la entonación (Whalen, Levitt & Wang, 1991), las sílabas y las formas de las palabras características (Levitt & Utman, 1992; Levitt & Wang, 1991; Lleó, Prinz, El Mogharbel & Maldonado, 1996) del idioma específico al que están expuestos, ya sea el español, el ruso, el tagalo, una lengua de señas o el árabe (Petitto & Marentette, 1991; Sundara, Ward, Conboy & Kuhl, 2020). Curiosamente, la frecuencia de las vocalizaciones tempranas del bebé está relacionada con el lenguaje expresivo a los doce meses de edad (Lyakso, Frolova & Grigorev, 2014; Werwach, Mürbe, Schaadt & Männel, 2021). [1] [4]

Si bien las vocalizaciones tempranas de los bebés son importantes, la combinación específica de las vocalizaciones del bebé seguida de una respuesta de la persona encargada del cuidado es el predictor más fuerte del crecimiento del lenguaje (Donnellan et al., 2020). Cuando quienes los cuidan responden a las vocalizaciones de los bebés, se crea una interacción diádica significativa que amplía el aprendizaje del lenguaje. Cuando las personas encargadas del cuidado responden a las vocalizaciones parecidas al habla de los bebés, es más probable que estos produzcan otra vocalización parecida al habla y, así, se crea un ciclo interactivo rico en lenguaje (Warlaumont, Richards, Gilkerson & Oller, 2014) que se relaciona de manera positiva con el desarrollo posterior del vocabulario (López, Walle, Pretzer & Warlaumont, 2020).

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Lopez et al., (2020). Adult responses to infant prelinguistic vocalizations are associated with infant vocabulary: A home observation study. *PloS One*, *15*(11), e0242232.

[2] Oller, et al., (2021). Protophones, the precursors to speech, dominate the human infant vocal landscape. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, *376*(1836), 20200255. CC by 4.0

[3] Imagen de Jonathan Borba en Unsplash.

[4] Sundara et al., (2020). Exposure to a second language in infancy alters speech production. *Bilingualism: Language and Cognition*, *23*(5), 978-991. CC by 4.0

11.5: Desarrollo vocal del bebé is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.6: Desarrollo de los gestos

Gesticulación

Los bebés y los niños pequeños utilizan diversos gestos para comunicarse. Los gestos implican movimientos del cuerpo, especialmente de los dedos, las manos y la cabeza, que se interpretan como una forma de comunicación intencionada (Iverson & Thal, 1998). Los niños suelen producir dos tipos principales de gestos: deícticos y de representación (Iverson & Thal, 1998). Los gestos deícticos, como señalar, establecen una referencia para indicar o llamar la atención sobre algo y pueden utilizarse para denotar una amplia gama de significados en el entorno más cercano (Bates, Camaioni & Volterra, 1975). Los bebés empiezan a utilizar gestos para señalar en la segunda mitad de su primer año de vida y, por lo general, antes de empezar a hablar. Los bebés pueden utilizar primero la señalización con la mano entera, en la que el brazo y la mano se extienden hacia un referente, seguidos de la señalización con el dedo índice, en la que el brazo y el dedo índice se extienden claramente hacia un referente (Lock et al., 1990; Liszkowski & Tomasello, 2011; Lüke et al., 2017). [1] [2]

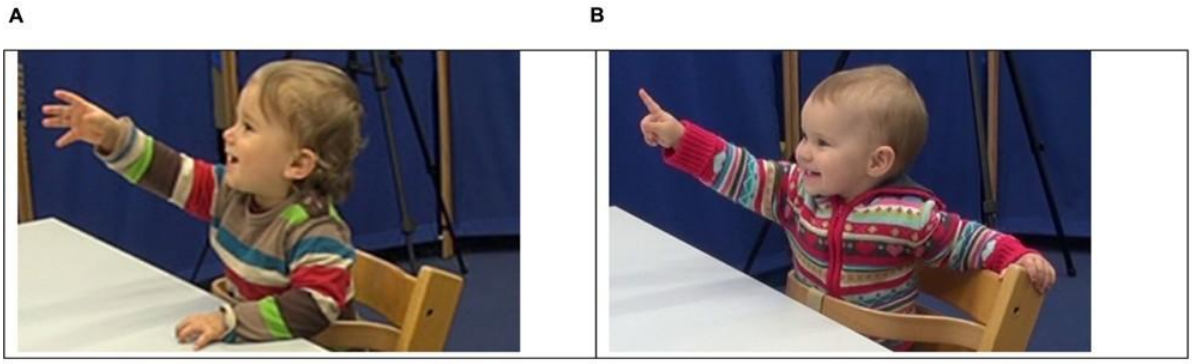


Figura 11.6.1: Ejemplos de bebés señalando con la mano entera y con el dedo índice ([3]).

FEl segundo tipo principal de gestos, los gestos de representación, identifican un referente y tienen un significado semántico fijo. Los gestos de representación pueden incluir (a) gestos convencionales definidos culturalmente (por ejemplo, sacudir la cabeza para decir “no” o saludar con la mano para decir “adiós”), (b) gestos simbólicos (por ejemplo, mover los brazos en el aire para representar un avión volando), o (c) signos de bebé, que implican movimientos de la mano enseñados deliberadamente por una persona adulta (por ejemplo, juntar las manos y golpear con la punta de los dedos para indicar “más”). Los gestos brindan a los bebés y niños pequeños una forma de referirse a los objetos y a los acontecimientos mientras desarrollan el lenguaje hablado, y ofrecen a las personas que los cuidan la oportunidad de responder de forma contingente a los gestos del niño y traducirlos en palabras (Dimitrova et al., 2016). Estas influencias bidireccionales entre los niños y las personas encargadas del cuidado ayudan a escalonar el desarrollo de la comunicación y el lenguaje (LeBarton & Iverson, 2017). [1]

Aunque la gesticulación puede ser una forma de comunicación preverbal, el uso de gestos sigue creciendo a lo largo de la niñez, incluso con el inicio y desarrollo del lenguaje expresivo de los niños. En la Figura 11.6.2, se ve la cantidad de gestos producidos por un gran grupo de niños pequeños que hablan hebreo. En cada mes del segundo año de vida, algunos niños pequeños producen muy pocos gestos, mientras que otros producen muchos. Por ejemplo, a los diecinueve meses de edad, el promedio es de unos cuarenta gestos. El promedio es un punto medio que separa las puntuaciones más altas de las más bajas. Por lo tanto, en este gráfico se pueden ver las grandes diferencias en el número de gestos que producen los niños pequeños, ya que algunos solo produjeron alrededor de treinta gestos a los diecinueve meses mientras que otros produjeron casi el doble. [4]

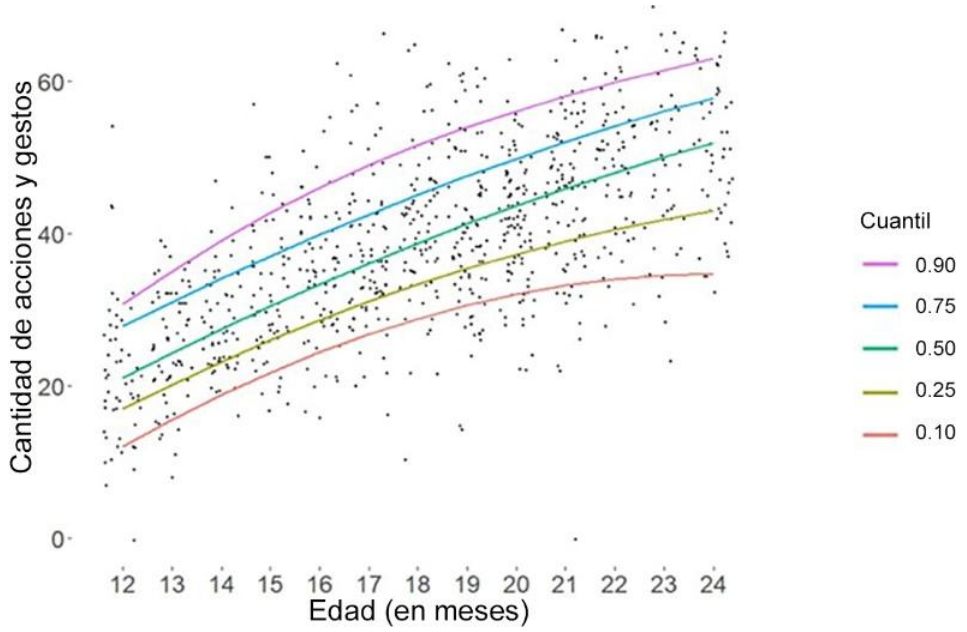


Figura 11.6.2: Cantidad de gestos producidos por una muestra de 881 niños nativos de habla hebrea en el segundo año de vida. De acuerdo con los resultados, a medida que aumentaba la edad, crecía la brecha entre los niños pequeños con los cuantiles más bajos y más altos en cuanto al número de palabras producidas por cada grupo. La diferencia entre el número de palabras producidas por los niños pequeños entre los cuantiles 0,10 y 0,90 a los doce meses era de 24 palabras, mientras que la diferencia entre el número de palabras producidas por los niños pequeños en los mismos cuantiles a los veinticuatro meses era de 279 palabras ([4])

Los gestos y su relación con la adquisición del lenguaje

Los gestos de los bebés pequeños son algo más que simples logros motores; más bien, los gestos son indicativos de un proceso dinámico y social que implica transiciones graduales en la forma en que los niños se relacionan con su entorno físico y con las personas que lo habitan. Con décadas de investigación, se ha descubierto una correlación sólida entre el uso de los gestos y el desarrollo posterior del lenguaje receptivo (Rowe & Goldin-Meadow, 2009; Rowe, Ozcaliskan, & Goldin-Meadow, 2008; Watt, Wetherby, & Shumway, 2006) y del lenguaje expresivo (Iverson & GoldinMeadow, 2005; Rowe & Goldin-Meadow, 2009). Brooks y Meltzoff (2008) ofrecen una posible explicación del poder predictivo de los gestos tempranos para los resultados posteriores del lenguaje. Argumentan que señalar tiene una función bidireccional; ayuda a los bebés al proporcionarles una herramienta comunicativa, y hace que las personas encargadas del cuidado sean más propensas a decir el nombre de lo que el niño señala y fomentar así las habilidades lingüísticas del bebé. Además, al gesticular, los niños pueden captar y mantener la atención de la persona adulta, lo que establece así nuevas oportunidades de aprendizaje del lenguaje (Bates et al., 1979;Capone & McGregor, 2004). Señalar al principio del segundo año se relaciona con el inicio de la comprensión y la producción de palabras, y desempeña un papel clave en la coordinación de la atención hacia las personas, los objetos y los eventos con otras personas y a los nombres asociados a ellos (Sansavini et al., 2010); Tomasello et al., 2007). Por lo tanto, es posible que los bebés que señalan con menos frecuencia tengan menos oportunidades de iniciar y mantener la atención compartida con las personas encargadas del cuidado y asociar nombres con sus referentes en las interacciones diarias. [5] [1] [6] [7]

Los gestos y su relación con el retraso del lenguaje

Además de que la gesticulación tiene una correlación positiva con las habilidades lingüísticas posteriores, los gestos también son indicativos de niños con retrasos y discapacidades en el desarrollo. Se ha informado de un menor uso de gestos por parte de niños pequeños con retrasos en el lenguaje en las primeras etapas del desarrollo (Hsu & Iyer, 2016; Iverson et al., 2018; Lüke et al., 2017; Manwaring et al., 2019). El retraso del lenguaje puede identificarse entre los dieciocho y los 36 meses en niños pequeños con vocabularios expresivos limitados, equivalentes al percentil 10 o inferior en comparación con los valores normativos, y que no presentan discapacidades cognitivas, neurológicas, socioemocionales o sensoriales (Rescorla, 2011). Las investigaciones sugieren que una menor tasa de señalamiento en la niñez puede ser un marcador temprano de retraso del lenguaje (Lüke et al., 2017; Sansavini et al., 2019). La menor producción de gestos comunicativos entre los dieciocho y los veintiocho meses de edad también distingue a los que comienzan a hablar verdaderamente tarde de los que tienen un “comienzo del desarrollo tardío” (su desarrollo del lenguaje se retrasa al principio, pero finalmente se pone al día), lo que pone de relieve el valor predictivo de las medidas del uso

de gestos para las habilidades lingüísticas expresivas posteriores (Thal & Tobias, 1992). En conjunto, estos resultados resaltan la importancia de los gestos en el segundo año como un índice potencial de la adquisición posterior del lenguaje y del retraso. [1] [7]



Figura 11.6.3: Niña pequeña produciendo un gesto. ([8])

Los gestos y su relación con el trastorno del espectro autista

El trastorno del espectro autista (TEA) es una afección del desarrollo que puede causar importantes problemas sociales, de comunicación y de comportamiento. Los déficits gestuales se han identificado como uno de los primeros indicadores de comunicación social del TEA (Iverson et al., 2018; Mitchell et al., 2006; Yirmiya & Charman, 2010). Los niños pequeños con TEA pueden presentar una dificultad particular con los gestos deícticos en comparación con los niños pequeños de desarrollo típico (LeBarton & Iverson, 2016; Manwaring et al., 2018; Özçalişkan, Adamson, & Dimitrova, 2016). En los estudios de los bebés con mayor riesgo genético de TEA (debido a que tienen un hermano mayor diagnosticado con TEA), se indica que el uso reducido de gestos está presente en la infancia (Mitchell et al., 2006) y persiste en el tiempo (Iverson et al., 2018) en los bebés que luego reciben un diagnóstico de TEA. Hay pruebas emergentes que demuestran que las habilidades sociocomunicativas en el TEA no difieren en gran medida del desarrollo típico durante el primer año de vida, con resultados idénticos para los bebés de desarrollo típico y los de alto riesgo que luego reciben un diagnóstico de autismo (Rogers, 2009; Elsabbagh and Johnson, 2016). Este curso, sin embargo, comienza a divergir poco después, con una disminución constante de las tasas de crecimiento tanto de la producción gestual como del lenguaje (Iverson et al., 2017) y una disminución de la participación social en los niños pequeños a los que luego se les diagnostica TEA. [9] [1] [6]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Manwaring et al., (2019). The gesture–language association over time in toddlers with and without language delays. *Autism & Developmental Language Impairments, 4*, 2396941519845545. CC by 4.0

[2] Lüke et al., (2020). Integrated communication system: Gesture and language acquisition in typically developing children and children with LD and DLD. *Frontiers in Psychology, 11*, 118. CC by 4.0

[3] Imagen de Rohlfing et al., (2017). An interactive view on the development of deictic pointing in infancy. *Frontiers in Psychology, 8*, 1319. CC by 4.0

[4] Gendler-Shalev & Dromi (2021). The Hebrew Web Communicative Development Inventory (MB-CDI): Lexical Development Growth Curves. *Journal of Child Language*, 1-17. CC by 4.0

[5] Cameron-Faulkner et al., (2021). A cross-cultural analysis of early prelinguistic gesture development and Its relationship to language development. *Child Development, 92*(1), 273-290. CC by 4.0

[6] Ramos-Cabo et al., (2019). Gesture and language trajectories in early development: An overview from the autism spectrum disorder perspective. *Frontiers in Psychology, 10*, 1211. CC by 4.0

[7] Sansavini et al., (2019). Low rates of pointing in 18-month-olds at risk for autism spectrum disorder and extremely preterm infants: a common index of language delay?*Frontiers in Psychology, 10*, 2131. CC by 4.0

[8] Imagen de Humphrey Muleba en Unsplash.

[9] "What is Autism Spectrum Disorder?" del CDC es de dominio público.

11.6: Desarrollo de los gestos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.7: Aprendizaje estadístico

¿Qué es el aprendizaje estadístico?

Antes de que los bebés puedan relacionar correctamente las secuencias de sonidos apropiadas con sus respectivos referentes, deben determinar el conjunto de sonidos dentro de un flujo de habla que corresponden a posibles palabras. Por ejemplo, los bebés deben segmentar el enunciado auditivo “qué perrito tan bonito” en fragmentos significativos para relacionarlo con su referente (por ejemplo, “perrito”). Esta capacidad de segmentar los sonidos del habla en unidades de palabras, denominada “segmentación de palabras”, es una parte fundamental del proceso de aprendizaje de palabras (Saffran & Kirkham, 2018). A fin de segmentar las palabras correctamente, son necesarios la exposición a los patrones y las probabilidades de las secuencias de sonidos, el mantenimiento de la memoria de trabajo fonológica y el orden de la secuencia de fonemas dentro del flujo del habla para seguir la probabilidad de transición de modo que se puedan identificar cada vez más los límites potenciales de las palabras. Tanto los bebés como los niños y las personas adultas son expertos en la segmentación estadística de palabras, a menudo denominada “habilidades de aprendizaje estadístico” (Aslin & Newport, 2012; Aslin, 2014; Saffran & Kirkham, 2018). [1]

El aprendizaje estadístico es la capacidad implícita de rastrear regularidades en la información lingüística o de otro tipo (por ejemplo, visual o motora) y aprender de la información distributiva (Saffran, 2001; Lany & Saffran, 2013). Los experimentos fundacionales de aprendizaje estadístico en bebés de ocho meses demostraron que los bebés pequeños podían segmentar el habla en unidades potenciales de palabras utilizando probabilidades transicionales o información de probabilidad simultánea entre sílabas (Saffran, Aslin & Newport, 1996; Aslin, Saffran & Newport, 1998). Los investigadores han sostenido que la capacidad de aprender de los patrones de lenguaje a los que se expone un niño juega un papel importante en el aprendizaje de idiomas (Saffran, 2001, 2003). De acuerdo con estos estudios, durante el primer año, antes de que los niños empiecen a producir palabras, comienzan a aprender los patrones del idioma que escuchan, rastreando las combinaciones de sonidos que corresponden a posibles palabras. Además, la segmentación estadística de palabras es uno de los aspectos importantes del aprendizaje de las palabras y la adquisición de vocabulario en los niños pequeños. La capacidad de los niños de dieciocho meses de utilizar la información estadística derivada del discurso fluido para identificar las palabras dentro del flujo del habla y luego asignar las palabras al significado predice el tamaño del vocabulario a los veinticuatro meses y el crecimiento del vocabulario de los dieciocho a los veinticuatro meses (Ellis, Borovsky, Elman & Evans, 2021). [1]

Referencias

[1] Ellis et al., (2021). Toddlers’ ability to leverage statistical iInformation to support word learning. *Frontiers in Psychology, 12*, 641. CC by 4.0

11.7: Aprendizaje estadístico is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.8: Primeras palabras

Desarrollo de las palabras

La mayoría de los bebés dicen su primera palabra en algún momento cerca de su primer cumpleaños, y más del 75 % lo hace antes de los doce meses de edad (Schneider, Yurovsky & Frank, 2015). A pesar de la enorme variación individual en el ritmo del desarrollo de los niños (Fenson et al., 2007), las primeras palabras que pronuncian son sorprendentemente consistentes (Schneider, Yurovsky & Frank, 2015; Tardif et al., 2008): suelen hablar de personas importantes en su vida (“mamá”, “papá”), rutinas sociales (“hola”, “oh ,oh”), animales (“perro”, “pato”) y alimentos (“leche”, “plátano”). Incluso cuando los niños aprenden a partir de sus propias experiencias y según sus propios intereses (Mayor & Plunkett, 2014; Nelson, 1973), su vocabulario crece rápidamente, sumando normalmente más sustantivos, pero también verbos (“ir”) y otros predicados (“caliente”) a sus repertorios. En la Figura 12.8.1 se ve el momento en que la proporción de niños de entre diez y treinta meses de edad, en varios idiomas, comienzan a decir la palabra “perro” y “brincar” en su lengua materna. Cuanto más altos estén los puntos en el gráfico, mayor será la proporción de niños que, a esa edad concreta, dicen la palabra. ¿Qué similitudes y diferencias observa entre los idiomas? Solo en sus primeros tres años, los niños aprenden cientos e incluso miles de palabras (Fenson et al., 1994; Mayor & Plunkett, 2011). [1]

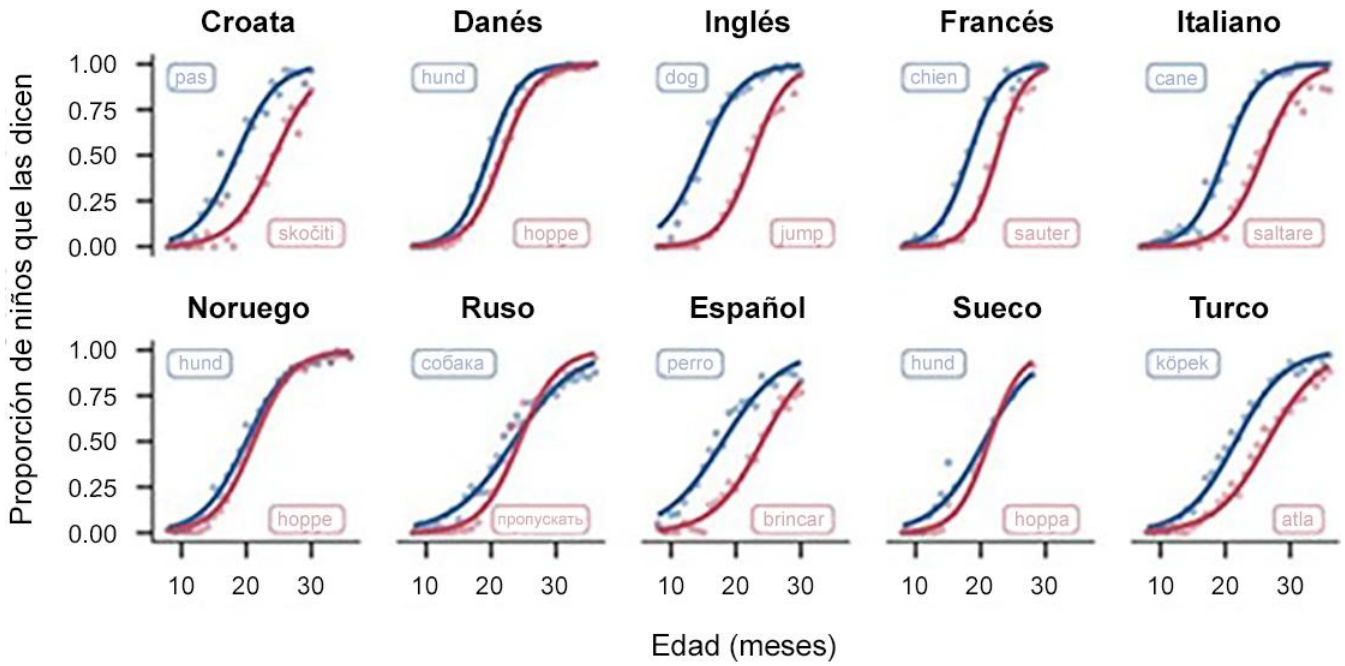


Figura 11.8.1: Trayectorias de la producción de las palabras. (Derechos de autor; autor a través del texto fuente).

Referencias

[1] Braginsky et al., (2019). Consistency and variability in children’s word learning across languages. *Open Mind*, *3*, 52-67. CC by 4.0

11.8: Primeras palabras is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.9: Seguimiento del crecimiento del lenguaje en bebés y niños pequeños en gráficos

Crecimiento del lenguaje

Muchas veces el crecimiento del desarrollo del lenguaje de los bebés y niños pequeños solo se analiza con etapas aisladas e hitos distintos. La realidad es que, entre etapas e hitos aislados, el lenguaje va creciendo mes a mes (e incluso, en realidad, día a día). Además de presentar los hitos del lenguaje, es importante reconocer el crecimiento que se da mes a mes de la comprensión y la producción en el desarrollo temprano del lenguaje. Para ilustrar cómo es el crecimiento lingüístico mes a mes durante los primeros tres años, examinemos algunos datos.

Cuando hablamos con los bebés y los niños pequeños, pueden entender mucho, a pesar de que todavía no son capaces de decir mucho en respuesta. En la Figura 11.9.1 se ilustra el desarrollo mes a mes de la comprensión del lenguaje en niños de ocho a dieciocho meses de edad. Las líneas del percentil 50 indican el crecimiento promedio a lo largo del tiempo. Los datos muestran una trayectoria ascendente pronunciada de crecimiento. A los ocho meses de edad, la mitad de los bebés no entendían más de siete palabras. A los doce meses de edad, el número promedio de palabras que comprendía un bebé era de unas veinte; sin embargo, pocos meses después (a los quince meses) el número de palabras que comprendía se duplicaba y a los dieciocho meses de edad comprendía unas ochenta palabras.

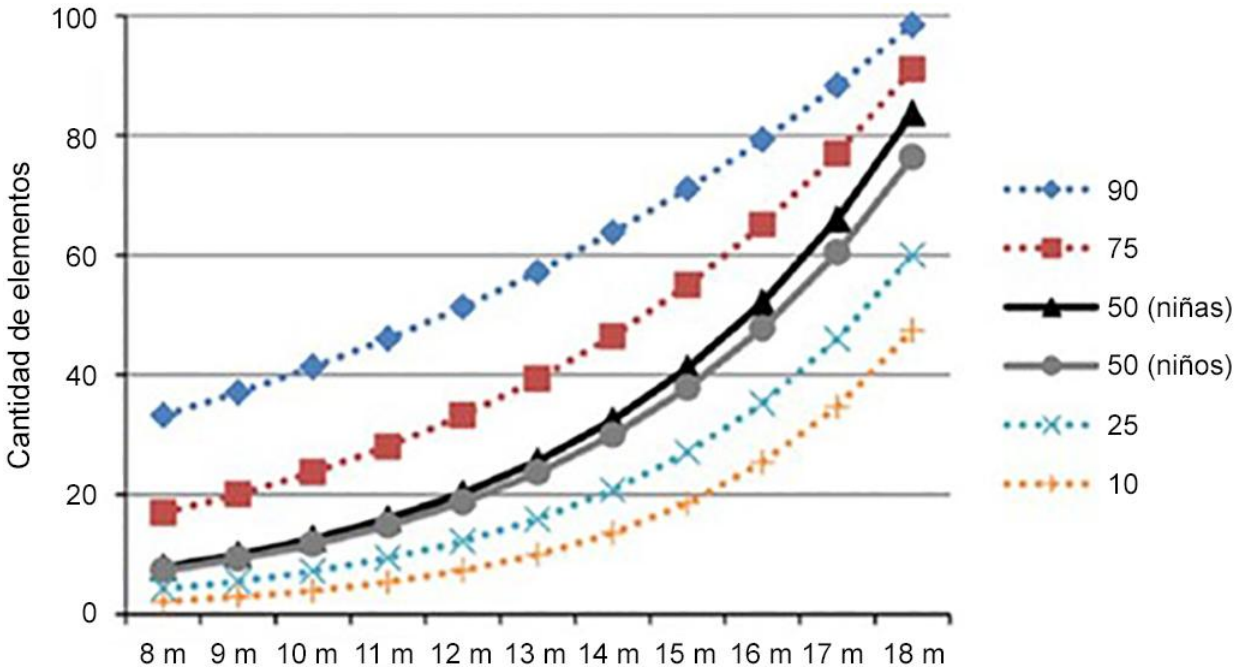


Figura 11.9.1: Palabras comprendidas en función de la edad (meses), el sexo y el nivel percentil. Todas las líneas tienen una trayectoria ascendente pronunciada desde los ocho meses hasta los dieciocho meses. 10: de 0 a 42; 25: de 8 a 60; 50 (niñas): de 9 a 81; 50 (niños): de 9 a 79; 75: de 18 a 90; 90: de 35 a 100 ([1]

En la Figura 11.9.2 se ven las curvas de crecimiento de los mismos niños, pero esta vez se tiene en cuenta la producción del lenguaje en lugar de la comprensión. La comparación de la Figura # y la Figura# nos permite notar las diferencias de crecimiento entre la comprensión y la producción del lenguaje. Los datos respaldan el patrón bien establecido en la bibliografía sobre la adquisición del lenguaje de que el vocabulario receptivo de los niños supera con creces su capacidad expresiva durante la infancia y la niñez.

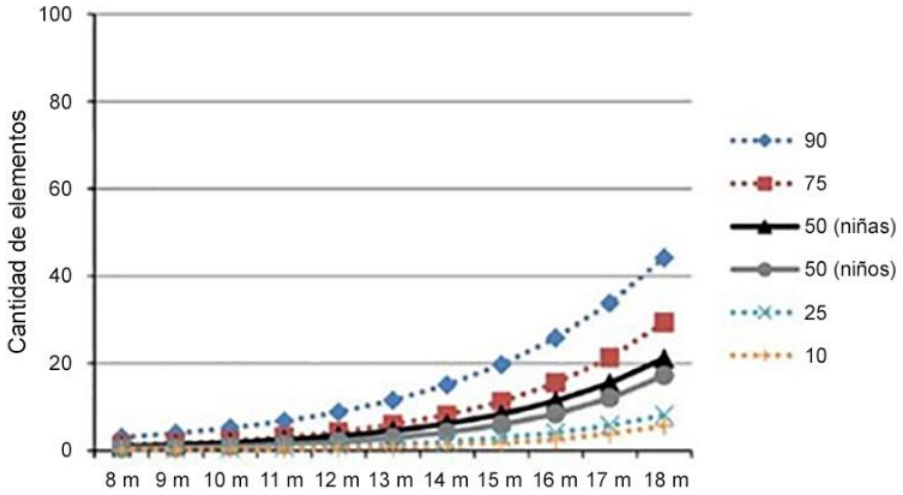


Figura 11.9.2: Palabras producidas en función de la edad (meses), el sexo y el nivel percentil. Todas las líneas comienzan a los ocho meses y terminan a los dieciocho meses. 10: se mantiene cerca de cero hasta que alrededor del mes quince termina en ocho. 25: se mantiene cerca de cero hasta que en el mes quince termina en nueve. 50 (niños): comienza a subir de cero a los catorce meses y termina en veinte. 50 (niñas): comienza a subir a los catorce meses y termina en veinte. 75: comienza a subir a los catorce meses y termina en catorce. 90: comienza a subir a los diez meses y termina en 42. ([1]

En la Figura 11.9.2 se pueden ver las capacidades de producción del lenguaje de los niños hasta los dieciocho meses de edad, y la capacidad expresiva mejora de los catorce a los dieciocho meses. ¿Cómo es el crecimiento de la producción del lenguaje en los niños pequeños después de los dieciocho meses de edad? En la Figura 11.9.3, se presenta la tendencia media de crecimiento de la producción lingüística de 4867 niños pequeños de habla inglesa de entre dieciséis y treinta meses de edad en EE. UU. Cada punto gris representa el nivel de vocabulario expresivo de un niño individual. La altura de un punto representa el número de palabras que dice un niño a una edad determinada: cuanto más alto esté el punto en el gráfico, más palabras dice el niño. La línea azul representa la curva de crecimiento promedio. Observe lo empinada que es la línea azul: ¡esto ilustra la rapidez con la que evolucionan las capacidades lingüísticas expresivas de los niños pequeños!

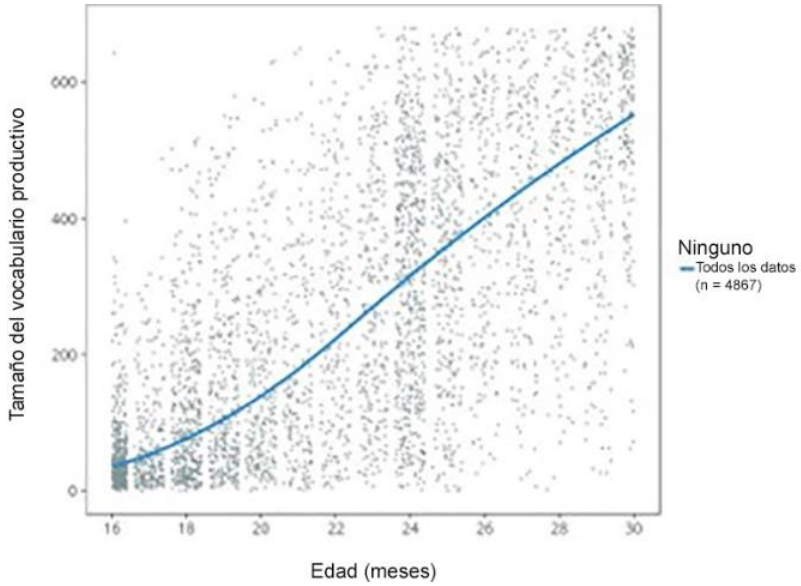


Figura 11.9.3: Tamaño del vocabulario productivo según la edad del niño. ([2])

Tómese un momento para analizar los datos de la Figura 11.9.3. ¿Qué más nota en estos datos? ¿Se ha dado cuenta de que los puntos de muchos niños están muy por encima de la línea azul del promedio y los puntos de muchos otros están situados muy por debajo? Si su respuesta es afirmativa, se ha dado cuenta de que existen diferencias individuales tempranas en el desarrollo del lenguaje. En la Figura 11.9.4 se muestran los mismos datos de la Figura 11.9.3, pero ahora hay cinco líneas. Estas cinco líneas dividen los datos en cinco curvas de trayectoria de crecimiento lingüístico diferentes. Observe que la línea roja superior capta a los niños que, a los dieciséis meses, tienen el mayor vocabulario, la curva de crecimiento más pronunciada del gráfico y siguen teniendo el mayor vocabulario hasta los treinta meses de edad. Lo contrario ocurre con la línea morada inferior: estos niños tienen

el vocabulario más bajo a los dieciséis meses, la curva de crecimiento menos pronunciada y, a los treinta meses, siguen teniendo los niveles de vocabulario más bajos. En este gráfico podemos ver que las diferencias individuales tempranas en la capacidad lingüística surgen en la niñez y que los niños con mayores habilidades lingüísticas siguen teniendo mayores habilidades lingüísticas más adelante. Aunque este gráfico solo abarca hasta los treinta meses de edad, los estudios que han hecho un seguimiento longitudinal de los niños muestran que mayores habilidades lingüísticas en la niñez están relacionadas con mayores habilidades lingüísticas y cognitivas más adelante en la infancia (Gilkerson et al., 2018; Marchman & Fernald, 2008).

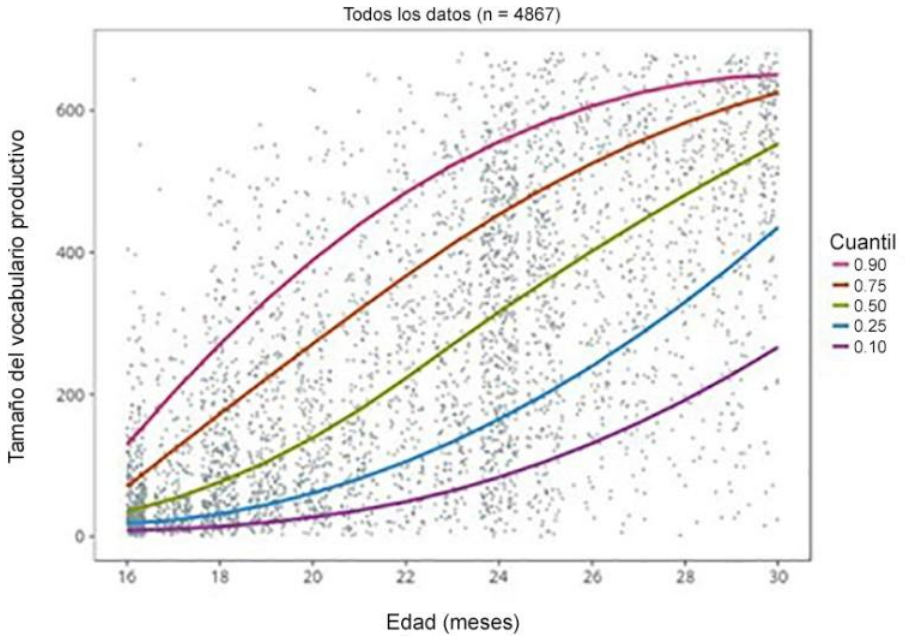


Figura 11.9.4: Curvas de crecimiento del número de palabras que dicen los niños. Tabla de puntuaciones de Wordbank | Analyses (stanford.edu) ([3])

Fuente de Figuras

[1] Imagen de Frota et al., (2016).Infant communicative development assessed with the European Portuguese MacArthur–Bates Communicative Development Inventories short forms. *First Language*, *36*(5), 525-545. CC by 3.0.

[2] La imagen de Wordbank tiene licencia CC by 4.0

[3] Imagen de Wordbank con licencia CC by 4.0

11.9: Seguimiento del crecimiento del lenguaje en bebés y niños pequeños en gráficos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.10: Desarrollo de la lengua materna en lenguas distintas al inglés

Desarrollo para lenguas distintas al inglés

Si trabaja con bebés y niños pequeños, es posible que trabaje con niños que están aprendiendo más de un idioma. Los bebés pueden estar expuestos a un idioma, como el inglés, en un centro de cuidado grupal mientras aprenden otro idioma de forma nativa con su familia en casa. Se preguntará: ¿los patrones de crecimiento de la comprensión y el lenguaje productivo son similares o diferentes en los distintos idiomas? En la Figura 11.10.1, se comparan los patrones de crecimiento lingüístico del inglés americano (Fenson et al., 2000), el español (Jackson-Maldonado et al., 2013), el gallego (Pérez-Pereira & Resches, 2007) y el portugués europeo (Frota et al., 2016). En el gráfico superior, se muestra el crecimiento de la comprensión del lenguaje en niños de ocho a dieciocho meses y en el gráfico inferior se muestra el crecimiento de la producción del lenguaje en niños de ocho a dieciocho meses. Estos resultados indican que las tendencias generales del desarrollo temprano del lenguaje son similares en todos los idiomas.

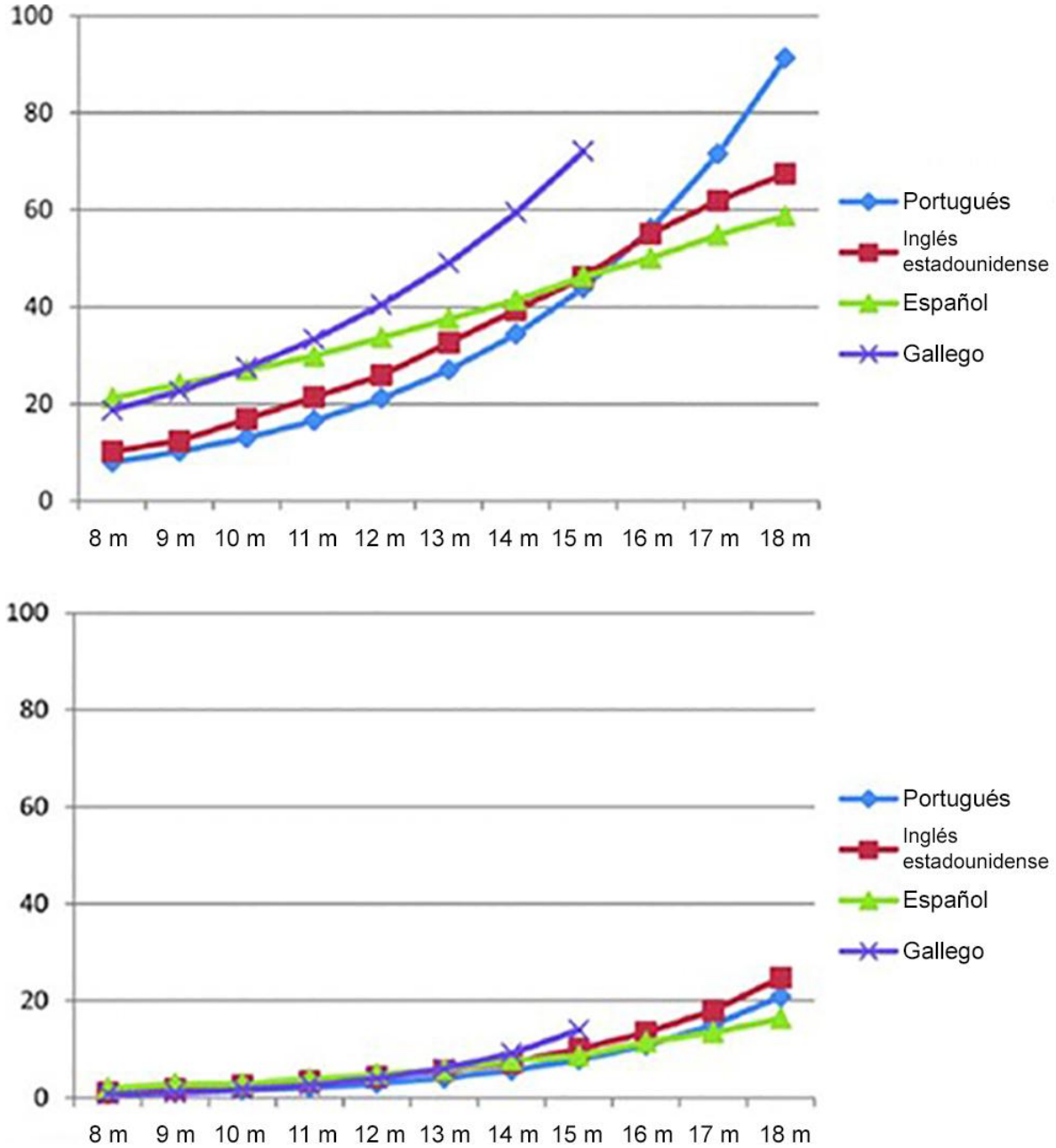


Figura 11.10.1: Puntuaciones ajustadas de comprensión del vocabulario (gráfico superior) y producción del vocabulario (gráfico inferior) por idioma (percentil 50). ([1])

Como la producción lingüística es limitada durante el primer año de vida, el examen de la producción entre los dieciséis y los treinta meses revela un crecimiento mucho mayor. En la Figura 11.10.2 se presentan las puntuaciones de producción de vocabulario mes a mes para los niños de entre los dieciséis y los treinta meses en los mismos cuatro idiomas.

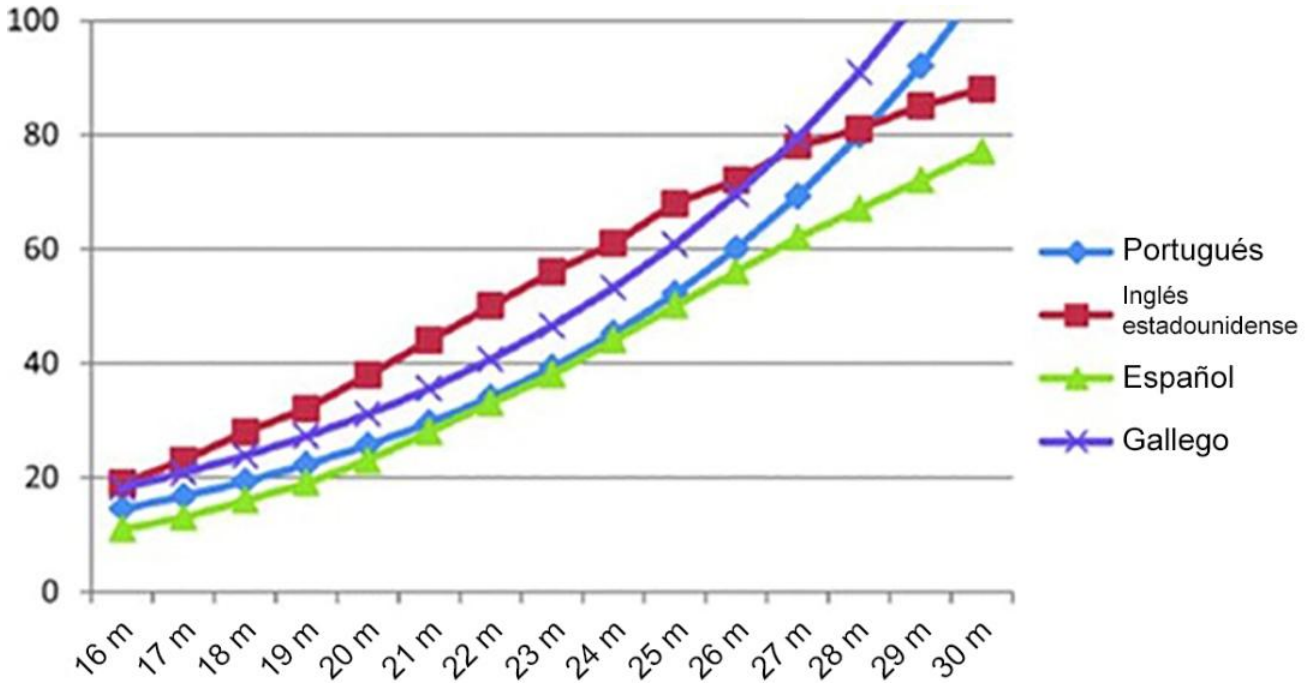


Figura 11.10.2: Versión de niños pequeños. Puntuaciones ajustadas de producción del vocabulario por idioma (percentil 50). ([1])

Un hallazgo común en la investigación sobre el desarrollo del lenguaje es que surge una diferencia de sexo: los bebés y niños pequeños de sexo femenino y masculino tienen diferentes tasas de crecimiento (Bornstein et al., 2004; Eriksson et al., 2012; Simonsen et al., 2014). En la Figura 11.10.3 se presenta el crecimiento de la producción de vocabulario para catorce idiomas diferentes de niños de entre 16 y 36 meses de edad. En muchos idiomas hay diferencias lingüísticas tempranas en función del sexo, a menudo en beneficio de las niñas en los primeros meses.

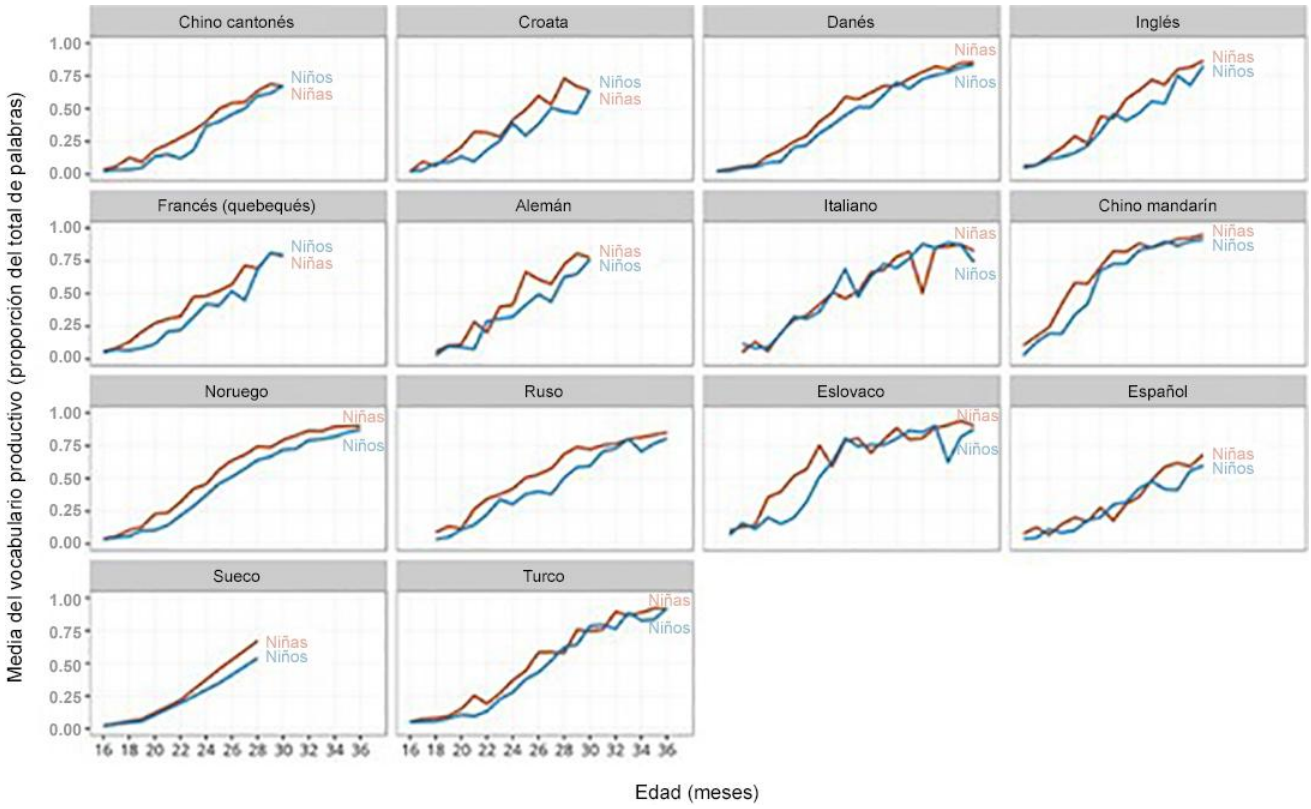


Figura 11.10.3: Diferencias en función del sexo en el desarrollo del vocabulario. La tabla de puntuaciones se puede encontrar en Banco de palabras | Análisis (stanford.edu) ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Frota et al., (2016) Infant communicative development assessed with the European Portuguese MacArthur–Bates Communicative Development Inventories short forms. *First Language*, *36*(5), 525-545. CC by 3.0.

[2] La imagen de Wordbank tiene licencia CC by 4.0

11.10: Desarrollo de la lengua materna en lenguas distintas al inglés is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.11: Desarrollo de la eficacia en el procesamiento del lenguaje

Procesamiento del lenguaje

A lo largo del segundo año de vida, los niños pequeños desarrollan con rapidez su capacidad de comprensión y producción del lenguaje. La velocidad a la que los niños son capaces de procesar el lenguaje mientras lo comprenden es un aspecto crítico del crecimiento del lenguaje durante la niñez. Se ha utilizado un experimento denominado tarea de "mirar mientras se escucha" (looking-while-listening, LWL) para medir la eficacia del procesamiento del lenguaje en los niños. Normalmente, en las tareas de LWL, los niños ven un par de imágenes en una pantalla (por ejemplo, una pelota en la parte izquierda de la pantalla y un zapato en la derecha) al mismo tiempo que escuchan una alocución sobre una de estas imágenes (por ejemplo, "¿Dónde está la pelota?"). Los niños miran hacia los objetos que se nombran mientras se supervisan sus movimientos oculares y luego se codifican fuera de línea para medir la velocidad con la que los niños desplazan su mirada hacia las imágenes correctamente nombradas. [1]

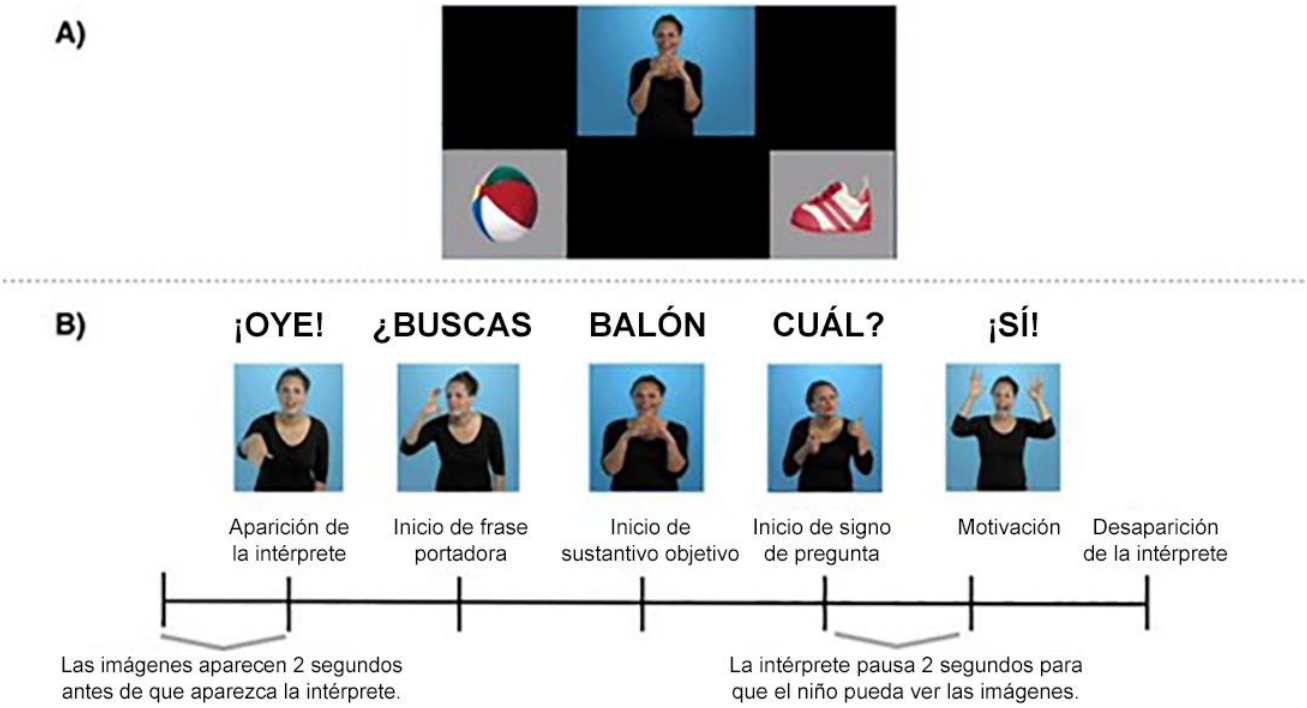


Figura 11.11.1: Configuración de una versión de la tarea de "mirar mientras se escucha" adaptada a los niños que aprenden la lengua de señas americana (American Sign Language, ASL): A) muestra los estímulos que se presentan a los niños y B) muestra la configuración de las frases. ([2])

La gran cantidad de investigaciones realizadas con esta tarea ha revelado importantes descubrimientos, como los siguientes:

1. **Mejora madurativa**. El desarrollo del lenguaje implica algo más que la capacidad de comprender o expresar palabras sueltas: los niños deben ser capaces de procesar de forma eficaz flujos de lenguaje en tiempo real. Durante la niñez, los niños mejoran constantemente su capacidad de procesar rápida y eficazmente el lenguaje en tiempo real (Fernald, Perfors & Marchman, 2006; Fernald et al., 1998; MacDonald et al., 2018).
2. **Diferencias individuales**. Si bien todos los niños mejoran su eficacia en el procesamiento del lenguaje con el paso del tiempo, existen diferencias individuales importantes desde el principio. Los niños que tienen vocabularios expresivos más amplios y que están expuestos a más lenguaje dirigido al niño son más eficientes en el procesamiento del lenguaje en tiempo real (Hurtado, Marchman & Fernald, 2008; MacDonald et al., 2018; Marchman et al., 2017; Weisleder & Fernald, 2013). Ya a los dieciocho meses de edad, los niños de entornos de mayor nivel socioeconómico (Socioeconomic Status, SES) tenían vocabularios más amplios y tiempos de respuesta más rápidos en la tarea LWL y, a los veinticuatro meses de edad, había una diferencia de seis meses en la capacidad de procesamiento del lenguaje entre los niños de SES bajos y altos (Fernald, Marchman & Weisleder, 2013). Los niños pequeños que hablaron tarde y tuvieron habilidades de procesamiento del lenguaje más efectivas a los dieciocho meses de edad fueron más propensos a "florecer" y mostrar mayores incrementos en la capacidad del lenguaje a los treinta meses de edad (Fernald & Marchman, 2012).

3. Relaciones con **habilidades posteriores**. Las capacidades tempranas de procesamiento del lenguaje se asocian no solo con los resultados lingüísticos posteriores en la infancia, sino también con los resultados cognitivos. Entre los niños pequeños prematuros, los que eran más eficientes en el procesamiento del lenguaje a los dieciocho meses obtuvieron mejores resultados en las pruebas de lenguaje y coeficiente intelectual a los 54 meses de edad (Marchman et al., 2018). En un grupo de niños a los que se hizo un seguimiento longitudinal, el procesamiento del lenguaje a los veinticinco meses se asoció con los resultados lingüísticos y cognitivos a los ocho años de edad (Marchman & Fernald, 2008). Una de las hipótesis de por qué un

procesamiento más eficaz del lenguaje provoca estos resultados es que un procesamiento más rápido de las palabras conocidas libera recursos cognitivos que pueden utilizarse para el aprendizaje de nuevas palabras (Fernald & Marchman 2012). [3]

4. **La aportación lingüística de la persona que lo cuida aumenta la capacidad lingüística del niño**. La cantidad y la calidad de la exposición al lenguaje por parte de quienes los cuidan se asocia de forma positiva con el crecimiento del lenguaje de los niños pequeños. Los niños pequeños que escucharon más lenguaje dirigido a ellos por parte de las personas a cargo de su cuidado entre los dieciocho y los diecinueve meses de edad, tenían un vocabulario más amplio y eran más eficientes en el procesamiento del lenguaje cuando tenían dos años de edad (Hurtado, Marchman & Fernald, 2008; Weisleder & Fernald, 2013). Es importante destacar que lo más importante fue el lenguaje dirigido a los niños, no el lenguaje que no era dirigido a ellos. Esta investigación sugiere que las personas que los cuidan deben entablar conversaciones significativas de ida y vuelta con los bebés y los niños pequeños, ya que aumentan la cantidad y la calidad del lenguaje al que están expuestos los niños, especialmente el lenguaje dirigido por ellos.

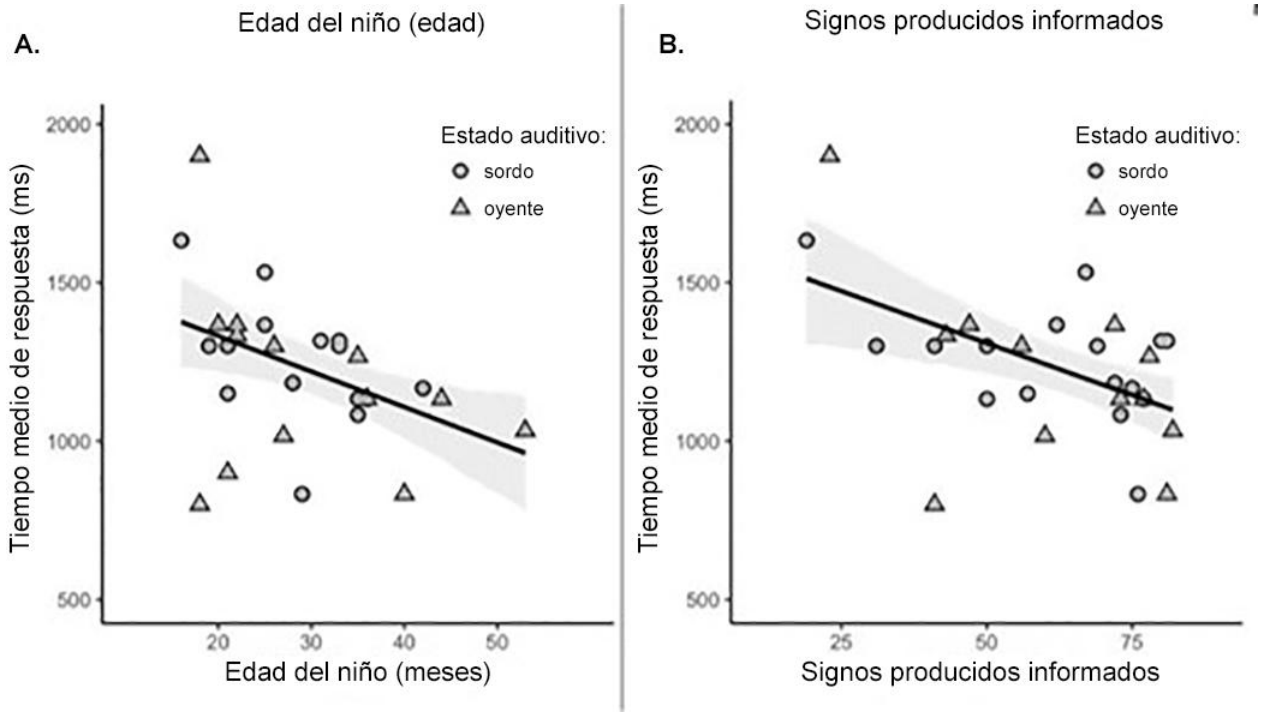


Figura 11.11.1: Gráficos de dispersión en los que se muestran las relaciones entre la edad de los niños (A.) y la producción de vocabulario (B.) y las medidas de su tiempo medio de respuesta en una tarea de LWL adaptada para niños que aprenden (ASL). Las formas representan el estado de audición de los niños (círculo para los que nacieron sordos; triángulos para los que nacieron oyentes). ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Peter, et al., (2019). Does speed of processing or vocabulary size predict later language growth in toddlers? *Cognitive Psychology, 115*, 101238. CC by 4.0

[2] Imagen de MacDonald et al., (2017). Real-time lexical comprehension in young children learning American Sign Language. *PsyArXiv*. CC by 4.0

[3] Peter, et al., (2019). Does speed of processing or vocabulary size predict later language growth in toddlers? *Cognitive Psychology, 115*, 101238. CC by 4.0

11.11: Desarrollo de la eficacia en el procesamiento del lenguaje is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.12: Conclusión

Conclusión de la información general sobre el desarrollo del lenguaje

Antes de que los niños puedan decir su primera palabra, el proceso de adquisición del lenguaje ya está muy avanzado, ya que los bebés utilizan la mirada, los gestos y las vocalizaciones para comunicarse. La investigación ha identificado patrones de adquisición del lenguaje, lo que ha ayudado a la creación de gráficos de hitos. Los hitos revelan los patrones del desarrollo del lenguaje y ayudan a las personas a cargo del cuidado de los bebés a darse cuenta de si el retraso de un niño debe dar lugar a una conversación con un especialista. Aunque existen patrones lingüísticos generales, también hay diferencias individuales importantes a lo largo del proceso de adquisición. A pesar de todo lo que sabemos ahora, observar cómo los niños adquieren el lenguaje sigue siendo una experiencia increíble. Aprender cómo apoyar y favorecer mejor el desarrollo del lenguaje es fundamental, ya que la experiencia lingüística durante los tres primeros años sienta las bases para las habilidades lingüísticas y cognitivas más adelante en la infancia (Gilkerson et al., 2018).

11.12: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

11.13: Referencias

Aslin, R. N. (2014). Infant learning: Historical, conceptual, and methodological challenges. *Infancy, 19*(1), 2-27.

Aslin, R. N., & Newport, E. L. (2012). Statistical learning: From acquiring specific items to forming general rules. *Current Directions in Psychological Science, 21*(3), 170-176.

Aslin, R. N., Saffran, J. R., & Newport, E. L. (1998). Computation of conditional probability statistics by 8-month-old infants. *Psychological Science, 9*(4), 321-324.

Bates, E., Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L., and Volterra, V. (1979). *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. New York, NY: Academic Press.

Bates, E., Camaioni, L., & Volterra, V. (1975). The acquisition of performatives prior to speech. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development, 21*(3), 205-226.

Batki, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Connellan, J., & Ahluwalia, J. (2000). Is there an innate gaze module? Evidence from human neonates. *Infant Behavior and Development, 23*(2), 223-229.

Brooks, R., & Meltzoff, A. N. (2008). Infant gaze following and pointing predict accelerated vocabulary growth through two years of age: A longitudinal, growth curve modeling study. *Journal of Child Language*, *35*(1), 207-220.

Buder, E. H., Warlaumont, A. S., & Oller, D. K. (2013). An acoustic phonetic catalog of prespeech vocalizations from a developmental perspective. In B. Peter & A. N. MacLeod (Eds.), *Comprehensive perspectives on child speech development and disorders: Pathways from linguistic theory to clinical practice*. Hauppauge, NY: NOVA.

Capone, N. C., and McGregor, K. K. (2004). Gesture development: A review for clinical and research practices. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 47*, 173–186

Caselli, N., Pyers, J., & Lieberman, A. M. (2021). Deaf children of hearing parents have age-level vocabulary growth when exposed to American Sign Language by 6 months of age. *The Journal of Pediatrics, 232*, 229-236.

Çetinçelik, M., Rowland, C. F., & Snijders, T. M. (2020). Do the eyes have it? A systematic review on the role of eye gaze in infant language development. *Frontiers in Psychology*, *11*, 3627.

D'Entremont, B., Hains, S. M., & Muir, D. W. (1997). A demonstration of gaze following in 3-to 6-month-olds. *Infant Behavior and Development, 20*(4), 569-572.

Dimitrova, N., Özçalışkan, Ş., & Adamson, L. B. (2016). Parents' translations of child gesture facilitate word learning in children with autism, Down syndrome and typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(1), 221-231.

Donnellan, E., Bannard, C., McGillion, M. L., Slocombe, K. E., & Matthews, D. (2020). Infants' intentionally communicative vocalizations elicit responses from caregivers and are the best predictors of the transition to language: A longitudinal investigation of infants' vocalizations, gestures and word production. *Developmental Science*, *23*(1), e12843.

Ellis, E. M., Borovsky, A., Elman, J. L., & Evans, J. L. (2021). Toddlers' ability to leverage statistical information to support word learning. *Frontiers in Psychology, 12*, 641.

Elsabbagh, M., & Johnson, M. H. (2016). Autism and the social brain: The first-year puzzle. *Biological Psychiatry, 80*(2), 94-99.

Farroni, T., Johnson, M. H., & Csibra, G. (2004). Mechanisms of eye gaze perception during infancy. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *16*(8), 1320-1326.

Fenson, L., Dale, P., Reznick, J., Bates, E., Thal, D., Pethick, S., Tomasello, M., Mervis, C. B., & Stiles, J. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(242).

Fenson,L., Marchman,V. A., Thal,D., Dale,P. S., Reznick,J. S., & Bates,E. (2007). *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual* (2nd ed.). Baltimore, MD: Brookes Publishing.

Fernald, A., & Marchman, V. A. (2012). Individual differences in lexical processing at 18 months predict vocabulary growth in typically developing and late-talking toddlers. *Child Development, 83*(1), 203-222.

Fernald, A., Marchman, V. A., & Weisleder, A. (2013). SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental Science, 16*(2), 234-248.

Fernald, A., Perfors, A., & Marchman, V. A. (2006). Picking up speed in understanding: Speech processing efficiency and vocabulary growth across the 2nd year. *Developmental Psychology, 42*(1), 98.

Fernald, A., Pinto, J. P., Swingley, D., Weinberg, A., & McRoberts, G. W. (1998). Rapid gains in speed of verbal processing by infants in the 2nd year. *Psychological Science, 9*(3), 228-231.

Frota, S., Butler, J., Correia, S., Severino, C., Vicente, S., & Vigário, M. (2016). Infant communicative development assessed with the European Portuguese MacArthur–Bates Communicative Development Inventories short forms. *First Language, 36*(5), 525-545.

Fuller, E. A., Oliver, K., Vejnoska, S. F., & Rogers, S. J. (2020). The effects of the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Brain Sciences, 10*(6), 368.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Montgomery, J. K., Greenwood, C. R., Kimbrough Oller, D., Hanson, J. H. L. & Paul, T. D. (2017). Mapping the early language environment using all-day recordings and automated analysis. *American Journal of Speech-language Pathology, 26*(2), 248-265.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics, 142*(4).

Gredebäck, G., Fikke, L., & Melinder, A. (2010). The development of joint visual attention: A longitudinal study of gaze following during interactions with mothers and strangers. *Developmental Science, 13*(6), 839-848.

Hood, B. M., Willen, J. D., & Driver, J. (1998). Adult's eyes trigger shifts of visual attention in human infants. *Psychological Science, 9*(2), 131-134.

Hsu, H. C., & Iyer, S. N. (2016). Early gesture, early vocabulary, and risk of language impairment in preschoolers. *Research in Developmental Disabilities, 57*, 201-210.

Hurtado, N., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Does input influence uptake? Links between maternal talk, processing speed and vocabulary size in Spanish-learning children. *Developmental Science, 11*(6), F31-F39.

Iverson, J. M., & Goldin-Meadow, S. (2005). Gesture paves the way for language development. *Psychological Science, 16*(5), 367-371.

Iverson, J. M., Northrup, J. B., Leezenbaum, N. B., Parlade, M. V., Koterba, E. A., & West, K. L. (2018). Early gesture and vocabulary development in infant siblings of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(1), 55–71.

Iverson, J. M., & Thal, D. J. (1998). Communicative transitions: There's more to the hand than meets the eye. In A. Wetherby, S. Warren & J. Reichle (Eds.), *Transitions in prelinguistic communication* (pp. 59–86). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Lany, J., and Saffran, J.R. (2013). Statistical Learning Mechanisms in Infancy. In J. L. R. Rubenstein and P. Rakic (Eds.) *Comprehensive developmental neuroscience: Neural circuit development and function in the brain* (pp. 231–248). Amsterdam: Elsevier.

LeBarton, E. S., & Iverson, J. M. (2017). Gesture's role in learning interactions: A focus on clinical populations. In R. B. Church, M. W. Alibali, & S. D. Kelly (Eds.), *Why Gesture? How the hands function in speaking, thinking and communicating* (pp. 331–351). Amsterdam/Philadelphia, Netherlands: John Benjamins Publishing Company.

Levitt, A. G., & Utman, J. G. A. (1992). From babbling towards the sound systems of English and French: A longitudinal two-case study. *Journal of Child Language, 19*(1), 19-49.

Levitt, A. G., & Wang, Q. (1991). Evidence for language-specific rhythmic influences in the reduplicative babbling of French-and English-learning infants. *Language and Speech, 34*(3), 235-249.

Liszkowski, U., & Tomasello, M. (2011). Individual differences in social, cognitive, and morphological aspects of infant pointing. *Cognitive Development, 26*(1), 16-29.

Lleó, C, Prinz, M, El Mogharbel, C and Maldonado, A (1996). Early phonological acquisition of German and Spanish: A reinterpretation of the continuity issue within the principles and parameters model. In Johnson, CE and Gilbert, JHV (eds), *Children's language*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 9, pp. 11–31.

Lock, A., Young, A., & Chandler, P. (1990). Some observations on the origins of the pointing gesture. In V. Volterra, and C. Erting (Eds.), *From gesture to language in hearing and deaf children* (pp. 42-55). Springer, Berlin, Heidelberg.

Lopez, L. D., Walle, E. A., Pretzer, G. M., & Warlaumont, A. S. (2020). Adult responses to infant prelinguistic vocalizations are associated with infant vocabulary: A home observation study. *PloS One*, *15*(11), e0242232.

Lüke, C., Ritterfeld, U., Grimminger, A., Liszkowski, U., & Rohlfing, K. J. (2017). Development of pointing gestures in children with typical and delayed language acquisition. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *60*(11), 3185-3197.

Lyakso, E. E., Frolova, O. V., & Grigorev, A. S. (2014). Infant vocalizations at the first year of life predict speech development at 2-7 years: Longitudinal study. *Psychology*, 2014.

MacDonald, K., LaMarr, T., Corina, D., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2018). Real-time lexical comprehension in young children learning American Sign Language. *Developmental Science*, *21*(6), e12672.

Manwaring, S. S., Swineford, L., Mead, D. L., Yeh, C. C., Zhang, Y., & Thurm, A. (2019). The gesture–language association over time in toddlers with and without language delays. *Autism & Developmental Language Impairments*, *4*, 2396941519845545.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science*, *11*(3), F9-F16.

Marchman, V. A., Loi, E. C., Adams, K. A., Ashland, M., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2018). Speed of language comprehension at 18 months predicts school-relevant outcomes at 54 months in children born preterm. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *39*(3), 246.

Marchman, V. A., Martínez, L. Z., Hurtado, N., Grüter, T., & Fernald, A. (2017). Caregiver talk to young Spanish-English bilinguals: Comparing direct observation and parent-report measures of dual-language exposure. *Developmental Science*, *20*(1), e12425.

Mayor, J., & Plunkett, K. (2011). A statistical estimate of infant and toddler vocabulary size from CDI analysis. *Developmental Science*, *14*(4), 769-785.

Mayor, J., & Plunkett, K. (2014). Shared understanding and idiosyncratic expression in early vocabularies. *Developmental Science*, *17*, 412–423.

Mitchell, S., Brian, J., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Szatmari, P., Smith, I., & Bryson, S. (2006). Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *27*(2), S69-S78.

Nelson, K. (1973). Structure and strategy in learning to talk. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *38*(149), 1–135.

Oller, D. K. (2000). *The emergence of the speech capacity*. Psychology Press.

Oller, D. K., Caskey, M., Yoo, H., Bene, E. R., Jhang, Y., Lee, C. C., Bowman, D. D., Long, H. L., Buder, E. H., & Vohr, B. (2019). Preterm and full term infant vocalization and the origin of language. *Scientific Reports*, *9*(1), 1-10.

Özçalişkan, Ş., Adamson, L. B., Dimitrova, N., Bailey, J., & Schmuck, L. (2016). Baby sign but not spontaneous gesture predicts later vocabulary in children with Down syndrome. *Journal of Child Language*, *43*(4), 948-963.

Petitto, L. A., & Marentette, P. F. (1991). Babbling in the manual mode: Evidence for the ontogeny of language. *Science*, *251*(5000), 1493-1496.

Rescorla, L. (2011). Late talkers: Do good predictors of outcome exist? *Developmental Disabilities Research Reviews*, *17*(2), 141-150.

Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2015). Early intervention for toddlers with language delays: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, *135*(4), 686-693.

Rogers, S. J. (2009). What are infant siblings teaching us about autism in infancy? *Autism Research*, *2*(3), 125-137.

Rowe, M. L., & Goldin-Meadow, S. (2009). Early gesture selectively predicts later language learning. *Developmental Science*, *12*(1), 182-187.

Rowe, M. L., Özçalışkan, Ş., & Goldin-Meadow, S. (2008). Learning words by hand: Gesture's role in predicting vocabulary development. *First language*, *28*(2), 182-199.

Saffran, J. R. (2001). Words in a sea of sounds: The output of infant statistical learning. *Cognition*, *81*(2), 149-169.

Saffran, J. R. (2003). Statistical language learning: Mechanisms and constraints. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(4), 110-114.

Saffran, J. R., Aslin, R. N., & Newport, E. L. (1996). Statistical learning by 8-month-old infants. *Science*, *274*(5294), 1926-1928.

Saffran, J. R., & Kirkham, N. Z. (2018). Infant statistical learning. *Annual Review of Psychology*, *69*, 181-203.

Sansavini, A., Bello, A., Guarini, A., Savini, S., Stefanini, S., & Caselli, M. C. (2010). Early development of gestures, object-related-actions, word comprehension and word production, and their relationships in Italian infants: A longitudinal study. *Gesture*, *10*(1), 52-85.

Sansavini, A., Guarini, A., Zuccarini, M., Lee, J. Z., Faldella, G., & Iverson, J. M. (2019). Low rates of pointing in 18-month-olds at risk for autism spectrum disorder and extremely preterm infants: a common index of language delay? *Frontiers in Psychology*, *10*, 2131.

Schneider, R., Yurovsky, D., & Frank, M. C. (2015). Large-scale investigations of variability in children's first words. In D. C.Noelleet al (Ed.), *Proceedings of the 37th Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, (2110–2115). Austin, TX: Cognitive Science Society.

Simpson, E. A., Maylott, S. E., Mitsven, S. G., Zeng, G., & Jakobsen, K. V. (2020). Face detection in 2-to 6-month-old infants is influenced by gaze direction and species. *Developmental Science*, *23*(2), e12902.

Stoel-Gammon, C., & Cooper, J. A. (1984). Patterns of early lexical and phonological development. *Journal of Child Language*, *11*(2), 247-271.

Sundara, M., Ward, N., Conboy, B., & Kuhl, P. K. (2020). Exposure to a second language in infancy alters speech production. *Bilingualism: Language and Cognition*, *23*(5), 978-991.

Tardif, T., Fletcher, P., Liang, W., Zhang, Z., Kaciroti, N., & Marchman, V. A. (2008). Baby's first 10 words. *Developmental Psychology*, *44*, 929–938.

Thal, D. J., & Tobias, S. (1992). Communicative gestures in children with delayed onset of oral expressive vocabulary. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *35*(6), 1281-1289.

Tomasello, M., Carpenter, M., & Liszkowski, U. (2007). A new look at infant pointing. *Child Development*, *78*(3), 705-722.

Warlaumont, A. S., Richards, J. A., Gilkerson, J., & Oller, D. K. (2014). A social feedback loop for speech development and its reduction in autism. *Psychological Science*, *25*(7), 1314-1324.

Watt, N., Wetherby, A., & Shumway, S. (2006). Prelinguistic predictors of language outcome at 3 years of age. J*ournal of Speech, Language, and Hearing Research*, *49*(6), 1224–1237.

Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. *Psychological Science*, *24*(11), 2143-2152.

Werwach, A., Mürbe, D., Schaadt, G., & Männel, C. (2021). Infants' vocalizations at 6 months predict their productive vocabulary at one year. *Infant Behavior and Development*, *64*, 101588.

Whalen, D. H., Levitt, A. G., & Wang, Q. (1991). Intonational differences between the reduplicative babbling of French-and English-learning infants. *Journal of Child Language*, *18*(3), 501-516.

Yirmiya, N., & Charman, T. (2010). The prodrome of autism: early behavioral and biological signs, regression, peri-and post-natal development and genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(4), 432-458.

11.13: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

12: Teorías de la adquisición del lenguaje

12.1: Introducción
12.2: Conductismo
12.3: Innatismo
12.4: Innatismo
12.5: Teoría del interaccionismo social
12.6: Aprendizaje estadístico
12.7: Teoría ampliada del imán de la lengua materna (NLM-e)
12.8: Conclusión
12.9: Referencias

12: Teorías de la adquisición del lenguaje is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.1: Introducción

Introducción al capítulo “Teorías de la adquisición del lenguaje”

Si alguna vez ha intentado aprender un idioma en la adultez, sabe lo difícil que es. Con independencia de cuántos años practique, si se inscribe a clases de idiomas o si tiene libros, videos e innumerables recursos, aprender un idioma en la adultez es difícil. Ahora imagínese cómo debe ser para un bebé aprender un idioma. Los bebés no se inscriben en clases de idiomas, no tienen acceso a tantos recursos de ayuda ni cuentan con los infinitos conocimientos previos que usted tiene como adulto. Entonces, ¿cómo adquieren el lenguaje los bebés? Las teorías lingüísticas intentan explicar la forma en que ocurre la adquisición del lenguaje. En esta sección, se presentan algunas de las principales teorías que se han planteado para explicar cómo los bebés y los niños pequeños adquieren el lenguaje.

12.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.2: Conductismo

Conductismo y adquisición del lenguaje

Es posible que recuerde la teoría del conductismo de algún curso introductorio de desarrollo infantil o de psicología que haya tomado. El conductismo es una perspectiva del aprendizaje que se centra en los cambios de los comportamientos observables de las personas, es decir, en lo que dicen o hacen. En lo que respecta a la adquisición del lenguaje, el conductismo hace notar los cambios en el desarrollo de la comunicación temprana no lingüística (la mirada, los gestos y la vocalización) o los cambios en el desarrollo del lenguaje a medida que los niños adquieren un vocabulario cada vez mayor y comienzan a combinar palabras. Todos estos son aspectos del desarrollo del lenguaje que podemos observar.

Para explicar cómo se produce realmente este desarrollo en la adquisición del lenguaje, los conductistas aplicaron muchas de las mismas ideas que usaron para entender cómo aprenden los niños en general. Por ejemplo, plantearon que una de las formas de aprendizaje de los niños es el condicionamiento operante. B.F. Skinner creía que el comportamiento está impulsado por las consecuencias que recibimos al realizar la conducta: los refuerzos y los castigos. El condicionamiento operante se centra en la forma en que las consecuencias de un comportamiento influyen sobre este con el tiempo. Surge de la idea de que ciertas consecuencias tienden a hacer que determinados comportamientos ocurran con más frecuencia. Por ejemplo, cuando un bebé vocaliza mediante gorgoritos o balbuceos, es probable que la consecuencia sea que un adulto vuelva hacia él con atención, establezca contacto visual y responda con un lenguaje para captar la atención del bebé. De esta forma, como una recompensa por vocalizar, el bebé recibe la atención del adulto y un lenguaje especialmente dirigido a él, que es un tipo de comunicación que los bebés desean mucho. Al haber recibido un tan buen regalo, es muy probable que el niño vuelva a vocalizar con la esperanza de recibir lo mismo la próxima vez. De hecho, las investigaciones han demostrado que cuanto más receptivos sean los cuidadores al interactuar con los bebés y los niños pequeños, antes llegarán a los objetivos del lenguaje (Masek et al., 2021; Tamis-LeMonda, Bornstein & Baumwell, 2001). Por medio del condicionamiento operante, los niños también reciben recompensas al utilizar el lenguaje de forma funcional. Por ejemplo, un conductista podría señalar que los niños aprenden a decir la palabra “beber” cuando tienen sed porque, después de hacerlo, reciben algo para beber, lo que refuerza su uso de la palabra para obtener una bebida. [1] [2]



Figura 12.2.1: Un cuidador y un bebé interactuando. ([3])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] https://courses.lumenlearning.com/atd-hostos-childdevelopment/chapter/human-language-development/

[2] Behaviorism. Autores: Nicole Arduini-Van Hoose. CC by NC SA https://courses.lumenlearning.com/edpsy/chapter/behaviorism/

[3] Imagen de Larry Crayton en Unsplash.

12.2: Conductismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.3: Innatismo

Innatismo y adquisición del lenguaje

Según el innatismo, los niños nacen con una capacidad innata para adquirir el lenguaje, que está programada en el cerebro humano. El lingüista Noam Chomsky, el innatista más conocido, argumentó que los cerebros de las personas contienen un dispositivo de adquisición del lenguaje (language acquisition device, LAD) con una gramática universal que fundamenta todo el lenguaje humano (Chomsky, 1965, 1972). Chomsky planteó que los niños nacen con el conocimiento de las reglas gramaticales generales, de modo que, al exponerse, son capaces de adquirir el lenguaje rápido y con bastante facilidad. El concepto es que cada una de las muchas lenguas que se utilizan en el mundo tiene el mismo conjunto de reglas gramaticales básicas que están grabadas en el cerebro humano: una “gramática universal”. Chomsky (1959) refutó el argumento del conductismo por varios motivos. En primer lugar, él decía que era poco probable que los padres estuvieran trabajando en el moldeado lento y cuidadoso de las vocalizaciones de los niños que proponía el conductismo. En cambio, creía que el lenguaje se desarrolla mientras el niño está expuesto a él. No existe ninguna enseñanza adicional, formación ni reafirmación para que el lenguaje se desarrolle. [1] [2]



Figura 12.3.1: Noam Chomsky. ([3])

Con los años, se han propuesto varios argumentos a favor del innatismo, como algunos de los siguientes: [4]

1. Todos los lenguajes humanos comparten determinadas características.
2. Los niños reciben distintos tipos de información y, sin embargo, convergen en la misma gramática.
3. Los niños conocen aspectos del lenguaje que no podrían haber aprendido a partir de la información con la que cuentan. Este es el argumento más conocido, y más poderoso, a favor de la gramática universal.
4. Los humanos son la única especie que cuenta con un lenguaje.
5. Los niños aprenden el lenguaje rápido y sin esfuerzo, con una exposición mínima.
6. Todos los niños que adquieren el lenguaje pasan por las mismas etapas en el mismo orden.
7. Diversos circuitos cerebrales se encargan de representar o de procesar la información lingüística y no lingüística.

Los expertos coinciden en que los bebés están programados genéticamente para aprender el lenguaje. De hecho, los fetos ya comienzan a adquirir el lenguaje mientras todavía están en el útero (DeCasper & Spence, 1986; Ghio, Cara & Tettamanti, 2021; Moon, Lagercrantz & Kuhl, 2013). Por otro lado, los niños nacen preparados para aprender cualquier lengua a la que estén expuestos, incluso lenguas de una modalidad totalmente diferente (modalidad hablada frente a una modalidad de señas), como la lengua de señas estadounidense (Krentz & Corina, 2008; Stone, Petitto & Bosworth, 2018). La neurociencia sigue documentando los mecanismos cerebrales innatos que estimulan la adquisición del lenguaje en los bebés (Friederici, 2017; Friederici & Wartenburger, 2010; Kuhl, 2010; Perani, et al., 2011). Sin embargo, todavía se discute la idea de Chomsky de que existe una gramática universal que puede justificar todo el aprendizaje del lenguaje. Evans y Levinson (2009) estudiaron las lenguas del mundo y descubrieron que ninguna de las supuestas características subyacentes del dispositivo de adquisición del lenguaje era totalmente universal. En su investigación, descubrieron que hay lenguas que no tienen cláusulas nominales ni verbales, que no tienen tiempos verbales (pasado, presente o futuro), e incluso algunas que directamente no tienen sustantivos o verbos, a pesar de que una de las premisas básicas de la gramática universal es que todas las lenguas deberían compartir estas características. Otra limitación de la teoría innatista es su falta de reconocimiento del rol de las interacciones sociales y de los contextos culturales en la adquisición del lenguaje. En síntesis, la mayoría de los expertos coinciden en que los niños nacen preparados para adquirir el lenguaje; sin embargo, es innegable el rol que cumplen las interacciones sociales y el efecto que pueden tener los diversos contextos en este proceso de adquisición. [1] [4]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Martha Lally and Suzanne Valentine-French (2019). Lifespan Development: A Psychological Perspective. Segunda edición. CC by 4.0. http://dept.clcillinois.edu/psy/LifespanDevelopment.pdf

[2] Sturdy, C. B., & Nicoladis, E. (2017). How much of language acquisition does operant conditioning explain?. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1918. CC by 4.0. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01918/full

[3] Imagen de Wikimedia CC by 4.0.

[4] Dąbrowska, E. (2015). What exactly is Universal Grammar, and has anyone seen it?. *Frontiers in Psychology*, *6*, 852. CC by 4.0. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00852/full

---

12.3: Innatismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.4: Innatismo

Teoría del cognitivismo y adquisición del lenguaje

Los cognitivistas creen que el lenguaje surge en el contexto de otras capacidades cognitivas generales, como la memoria, la atención y la resolución de problemas. El lenguaje suele desarrollarse dentro de una secuencia específica de etapas que es universal en la mayoría de los niños (Goodluck, 1991). La evolución común a lo largo de estas etapas del lenguaje indica que este se desarrolla junto con otras capacidades cognitivas. Por ejemplo, los bebés y los niños pequeños suelen pasar por cuatro etapas de adquisición del lenguaje:

1. La etapa prelingüística (de los 3 a los 10 meses), en la que el niño hace muchos “gorgoritos” y “balbuceos”.
2. La etapa holofrástica (de 12 a 18 meses), en la que el niño comienza a comprender una sola unidad de enunciado, como “leche”, “comer”, “papá”, “hermano”, etc.
3. La etapa de dos palabras (de 18 a 20 meses) en la que el niño, por medio de un proceso de adquisición de dos sustantivos o de un sustantivo y un verbo (sustantivo + verbo), comienza a unir las palabras de a dos, como “silla de bebé”, “mamá come”, “gato malo”, etc.
4. La etapa del habla telegráfica (antes de los 3 años), que define un período en el que el niño junta algunas palabras, aunque el orden sea incorrecto. Su significado es similar al de una frase, como “galleta quiero”, “juguete mi cayó”, pero no es una frase completa. [1]

Jean Piaget es conocido por su teoría de las cuatro etapas de desarrollo cognitivo. Creía que los niños no piensan como los adultos y, por eso, antes de empezar a desarrollar el lenguaje deben construir su propia comprensión del mundo de forma activa, por medio de sus interacciones con el entorno. Un niño tiene que entender un concepto antes de poder adquirir el lenguaje específico que expresa ese concepto. Por ejemplo, los niños primero toman conciencia de un concepto como un ‘gato’ y solo después adquieren las palabras para expresar ese concepto. Es prácticamente imposible que un niño pequeño exprese conceptos que le son desconocidos a nivel cognitivo; por lo tanto, los niños deben aprender primero sobre su entorno para luego poder relacionar el lenguaje con sus experiencias previas. [1]

En la teoría cognitiva de Piaget, se plantea que el lenguaje de los niños refleja el desarrollo de su pensamiento lógico y sus habilidades de razonamiento por etapas. De este modo, las etapas de Piaget reflejan el rol primordial que tiene el desarrollo cognitivo sobre el desarrollo del lenguaje, y también muestran cómo se desarrolla el lenguaje a medida que el desarrollo cognitivo del niño avanza por cada etapa. Según la teoría de Piaget, los bebés y los niños pequeños se encuentran en las dos primeras etapas. Estas etapas se suelen analizar en referencia al desarrollo cognitivo. A continuación, se explica cómo se relacionan con el desarrollo del lenguaje. [1]

Etapa sensoriomotora (desde el nacimiento hasta los dos años).

Los bebés y los niños pequeños aprenden sobre el mundo mediante experiencias motoras y sensoriales. Inicialmente, el lenguaje es acotado para los bebés, ya que primero deben experimentar el mundo y elaborar esquemas mentales como una forma de representar estas experiencias. Las primeras palabras que dicen los bebés son sorprendentemente lógicas, ya que suelen hablar de personas importantes en su vida (“mamá”, “papá”), rutinas sociales (“hola”, “oh-oh”), animales (“perro”, “pato”) y alimentos (“leche”, “plátano”) (Schneider, Yurovsky, & Frank, 2015; Tardif et al., 2008). Desde el punto de vista de la teoría cognitiva, esto tiene sentido porque estas primeras palabras representan esquemas que los bebés pudieron elaborar y reforzar de forma constante, debido a una exposición de alta frecuencia. En otras palabras, las primeras palabras de los bebés expresan conceptos que tienen representaciones cognitivas importantes para ellos. [2]

Etapa preoperacional (desde los dos hasta los siete años).

De los dos a los tres años, el desarrollo cognitivo de los niños es muy rápido. Debido al aumento de la cantidad y de la complejidad de los esquemas mentales para representar y organizar el mundo, los niños pequeños pueden incorporar nuevas palabras a su vocabulario rápidamente. Como se observa en la Figura 12.4.1, justo en el tercer año de vida (el primero de la etapa preoperacional), la capacidad de producción de vocabulario de los niños pequeños aumenta mucho. El lenguaje de los niños se vuelve “simbólico”, lo que les permite ver más allá del “aquí y ahora”, y hablar de otros temas, como el pasado, el futuro y los sentimientos. Los cognitivistas destacarían que esta ampliación del vocabulario se debe en primer lugar al aumento del desarrollo cognitivo.

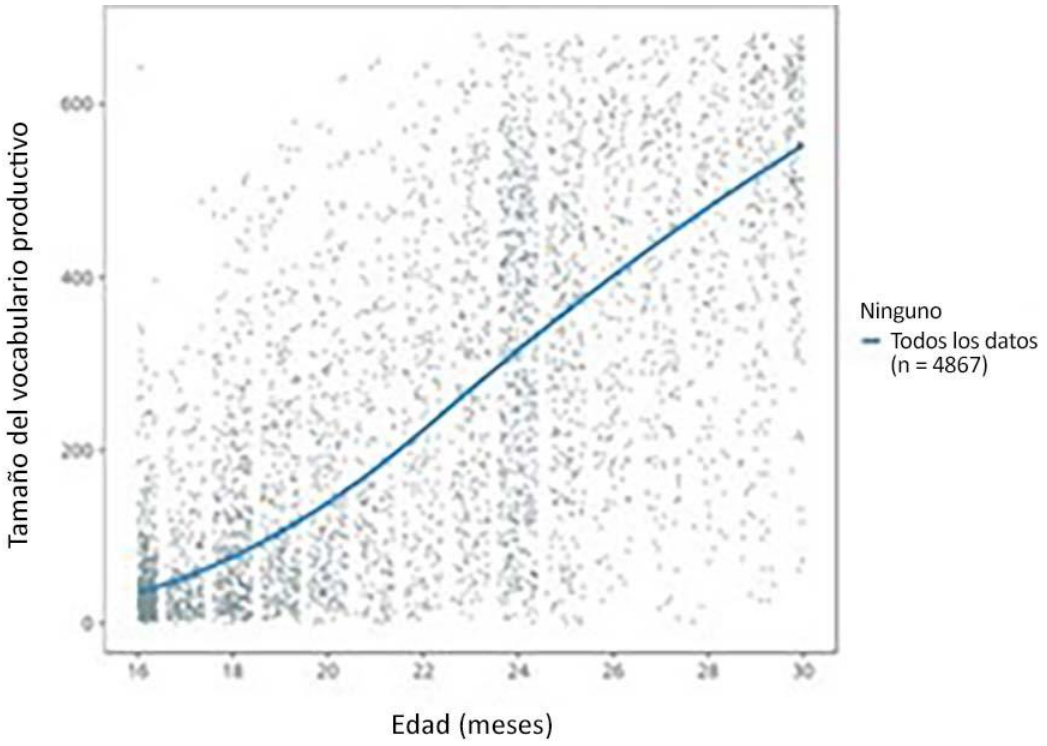


Figura 12.4.1: Cantidad de vocabulario productivo según la edad del niño. ([3])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Psycholinguistics/Theories and Models of Language Acquisition. CC BY-SA 3.0. https://en.wikiversity.org/wiki/Psycholinguistics/Theories_and_Models_of_Language_Acquisition#cite_note-A_Linguistic_Introduction-8

[2] Braginsky, M., Yurovsky, D., Marchman, V. A., & Frank, M. C. (2019). Consistency and variability in children's word Learning Across languages. *Open Mind*, *3*, 52-67. CC by 4.0. https://direct.mit.edu/opmi/article/doi/10.1162/opmi_a_00026/5378/Consistency-and-Variability-in-Children-s-Word

[3] Imagen de Wordbank con licencia CC by 4.0. http://wordbank.stanford.edu/analyses?name=vocab_norms

12.4: Innatismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.5: Teoría del interaccionismo social

Teoría del interaccionismo social de la adquisición del lenguaje

La teoría del interaccionismo social plantea que el lenguaje existe para favorecer la comunicación y que solo se puede aprender en el contexto de la interacción con adultos y otros niños. Esta teoría hace hincapié en la importancia del entorno y de la cultura en la que se aprende la lengua. Los interaccionistas reconocen la existencia de mecanismos biológicos innatos, pero hacen foco en el rol vital de las interacciones sociales (Jensen & Arnett, 2017; Levine & Munsch, 2018). Lev Vygotsky es el interaccionista más conocido, y proporcionó un marco teórico para que otros interaccionistas siguieran desarrollando teorías sobre la adquisición del lenguaje. [1]

Jerome Bruner, que fue influenciado por la obra de Vygotsky, creía que la interacción social cumple una función fundamental en el desarrollo de la cognición en general y del lenguaje en particular. Mientras que Chomsky se centró en los mecanismos innatos de adquisición del lenguaje, como el concepto de un dispositivo de adquisición del lenguaje (LAD), Bruner propuso el sistema de apoyo a la adquisición del lenguaje (Language Acquisition Support System, LASS) (Bakhurst & Shanker, 2001). El LASS es un sistema que hace referencia a las experiencias sociales y culturales que apoyan y fomentan la adquisición del lenguaje. Esto incluye la exposición al lenguaje orientada hacia el niño (p. ej., “parentese” [lenguaje de bebé], lectura con diálogos, etc.), así como las diversas actividades de las que los niños participan mientras se exponen al lenguaje. Mientras que el concepto de DAL hace hincapié en que los niños vienen al mundo programados y preparados para aprender el lenguaje, la idea del LASS se centra en que es el mundo el que está preparado para exponer y apoyar a los niños en el aprendizaje del lenguaje. [2]



Figura 12.5.1: Una cuidadora interactuando con un bebé. ([3])

Los estudios que comparan el aprendizaje de idiomas por medio de interacciones reales con una situación pregrabada reproducida en una pantalla representan un sólido argumento a favor del rol vital que tiene la interacción social, y no solo la exposición al lenguaje en general. Los niños pequeños que escuchan una palabra nueva que dice una persona en un video grabado tienen menos probabilidades de aprender esa palabra que los que escuchan la misma palabra de una persona en vivo (Krcmar et al., 2007; Krcmar, 2010; Kuhl, Tsao & Liu, 2003; Roseberry et al., 2014; Troseth et al., 2018). Aunque el aprendizaje del lenguaje a partir de un video a veces sí ocurre (p. ej., Scofield et al., 2007; Linebarger and Vaala, 2010; Vandewater, 2011), cuando se compara directamente el aprendizaje a partir de un video con el aprendizaje a partir de interacciones cara a cara, los niños pequeños suelen adquirir mejor el conocimiento a partir de un suceso real o de una persona presente. Incluso cuando el lenguaje se presenta por medio de una pantalla, los bebés demuestran un mayor aprendizaje del lenguaje si dos o más bebés están allí (Lytle, García-Sierra y Kuhl, 2018). Para explicar las limitaciones del formato de video, Patricia Kuhl y sus colegas (2003) plantearon que las señales sociales interpersonales que ocurren en un entorno cara a cara “captan la atención de los niños y motivan el aprendizaje” y que la presencia de una persona permite compartir “información de índole referencial” (Kuhl, 2007). Las intenciones comunicativas de un orador pueden ser menos claras cuando se muestran en un video, y los componentes del lenguaje pueden ser más difíciles de extraer. [4]



Figura 12.5.2: Una cuidadora sosteniendo a un bebé. ([5]).

El enfoque interaccionista también puede ayudar a explicar cómo las diferencias en la cantidad y la calidad de la exposición al lenguaje afectan el desarrollo del lenguaje del niño. Los contextos en los que se crían los niños pueden ser muy diferentes, y para comprender cómo se produce la adquisición del lenguaje es fundamental enfocarse en las diferencias de la exposición al lenguaje en los distintos contextos (Rowe & Weisleder, 2020).

Los diferentes tipos de exposición al lenguaje, incluso cuando se produce a una edad muy temprana, como es la exposición en una unidad de cuidados intensivos neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) para niños prematuros, pueden tener efectos duraderos. Las variaciones en el volumen de lenguaje adulto que un recién nacido escuchó en un solo día en la NICU tuvieron un efecto positivo en las habilidades lingüísticas a los 7 y 18 meses (Caskey et al., 2014) y cuanto más palabras escucharon los niños prematuros a los 16 meses, más rápidas fueron sus habilidades de procesamiento del lenguaje a los 18 meses (Adams et al., 2018). Además, cuanto mejor era la calidad (receptiva, elaborativa a nivel verbal y no intrusiva) de la interacción de los cuidadores con niños prematuros de 22 meses, mayor era su comprensión del vocabulario a los tres años (Loi et al., 2017). Esta investigación, junto con muchas otras, demuestran la gran importancia de la interacción social y la exposición en el proceso de adquisición del lenguaje. [6]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Psycholinguistics/Theories and Models of Language Acquisition de Wiki University tiene licencia de CC BY-SA 3.0 https://en.wikiversity.org/wiki/Psycholinguistics/Theories_and_Models_of_Language_Acquisition#cite_note-A_Linguistic_Introduction-8

[2] “Jerome S. Bruner” Psychology Wiki. CC-BY-SA. https://psychology.wikia.org/wiki/Jerome_S._Bruner

[3] Imagen de Jonathan Borba en Unsplash.

[4] Troseth, G. L., Strouse, G. A., Verdine, B. N., & Saylor, M. M. (2018). Let’s chat: On-screen social responsiveness is not sufficient to support toddlers’ word learning from video. Frontiers in psychology, 9, 2195. CC by 4.0. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02195/full

[5] Imagen de Bethany Beck en Unsplash.

[6] Brignoni-Pérez, E., Morales, M. C., Marchman, V. A., Scala, M., Feldman, H. M., Yeom, K., & Travis, K. E. (2021). Listening to Mom in the NICU: effects of increased maternal speech exposure on language outcomes and white matter development in infants born very preterm. Trials, 22(1), 1-9. CC by 4.0 https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13063-021-05385-4.pdf

12.5: Teoría del interaccionismo social is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.6: Aprendizaje estadístico

Teoría del aprendizaje estadístico de la adquisición del lenguaje

Los bebés reciben varias secuencias de información del entorno natural, que se producen de forma simultánea. Se encuentran con muchos objetos, algunos en movimiento, otros quietos; oyen sonidos, algunos relacionados con el lenguaje, otros de animales y objetos; ven a personas, algunas que interactúan con ellos y otras en segundo plano. Pese a toda esta información, estas experiencias no son completamente aleatorias, sino que hay patrones predecibles que se producen en conjunto. El ambiente de un bebé incluye regularidades estadísticas que puede utilizar para descubrir la estructura en un entorno ajetreado. Los bebés tienen la capacidad de detectar regularidades y coocurrencias en secuencias de formas visuales y escenas visuales (Fiser & Aslin, 2002; Kirkham et al., 2002, 2007). Por ejemplo, mire la Figura 12.6.1, que muestra tres grupos de objetos y cada grupo tiene tres formas de colores. ¿Puede detectar la regularidad que se da en los tres grupos de objetos? Aunque los tres grupos no son exactamente iguales, el aspecto regular que se da en los tres son las formas conectadas de color amarillo y rosa. En un estudio (Wu et al., 2011), se les mostraron a bebés de nueve meses secuencias de estos mismos grupos de objetos de tres formas en los que siempre coincidían dos piezas y una cambiaba constantemente. Descubrieron que los bebés podían registrar cuáles eran las piezas que coincidían, lo que indica que los niños son capaces de seguir las regularidades estadísticas que experimentan. [1]

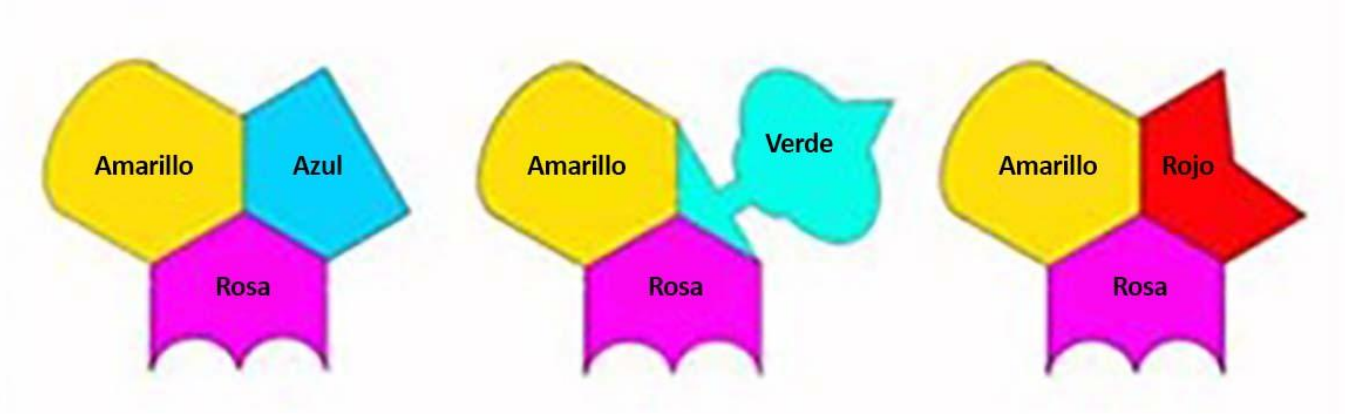


Figura 12.6.1: Una muestra de los estímulos de una tarea de aprendizaje estadístico infantil. ([2])

Así como los bebés pueden seguir las regularidades del entorno visual, también pueden registrar las regularidades que se producen de forma natural en el lenguaje. Cuando hablamos, producimos un flujo constante de sonidos del habla. Un objetivo importante para un bebé es darse cuenta de qué conjunto específico de sonidos dentro de un flujo del habla se agrupan para crear palabras. Una de las formas en la que lo hacen es al registrar las regularidades estadísticas de los sonidos del habla que se dan juntos. Para demostrarlo, en un estudio (Antovich & Graf Estes, 2018), niños de 14 meses escucharon un flujo del habla compuesto por cuatro palabras inventadas: timay, dobu, kuga y pimo. Mientras escuchaban, cada una de las cuatro palabras se repitieron 120 veces, pero el orden estaba mezclado. A pesar de que la presentación de las palabras en el flujo del habla consistente era aleatoria, había regularidades de sonidos que siempre coincidían. Por ejemplo, “ti” siempre iba seguido de “may” (las dos sílabas de la palabra “timay”), y “pi” siempre seguía con “mo” (las dos sílabas de la palabra “pimo”). Sin embargo, al mezclar el orden de las palabras, la última sílaba de una palabra y la primera sílaba de la siguiente coincidían con mucha menos frecuencia, ya que “may” (la última sílaba de la palabra “timay”) podía ir seguida de cualquiera de las otras tres palabras en cualquier momento. Los resultados revelaron que, a pesar de que las palabras utilizadas eran inventadas, los bebés pudieron seguir las regularidades estadísticas y segmentar las palabras del flujo del habla continua. Este estudio de investigación, junto con muchos otros (para leer un análisis, vea Romberg & Saffran, 2010), demuestran que los bebés tienen la capacidad de registrar las regularidades estadísticas de la lengua a la que están expuestos y que esto los ayuda en las etapas iniciales de la adquisición de su lengua materna.

Hoy en día, hay mucha información que documenta la capacidad de aprendizaje estadístico de los bebés y niños pequeños (Saffran, 2020; Saffran & Kirkham, 2018). La capacidad de detectar regularidades estadísticas visuales se ha documentado incluso en recién nacidos (Bulf et al., 2011). Investigadores han afirmado que el aprendizaje estadístico desempeña un papel fundamental en el aprendizaje de idiomas (Saffran, 2001, 2003). Estos estudios indican que, durante el primer año de adquisición del lenguaje, antes de que los niños empiecen a producir palabras, comienzan a aprender los patrones del lenguaje que escuchan, al registrar las combinaciones de sonidos que corresponden a posibles palabras. Newman et al. (2006) descubrieron una conexión entre la capacidad de los bebés para segmentar el flujo del habla en palabras y el dominio del lenguaje a los 24 meses e incluso más tarde

en la infancia, entre los 4 y los 6 años. Además, cada vez hay más pruebas que demuestran que en el aprendizaje estadístico se emplean las mismas áreas cerebrales que en el procesamiento del lenguaje (de Vries et al., 2011; Folia et al., 2011; Petersson et al., 2012). [3] [4]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Barry, R. A., Graf Estes, K., & Rivera, S. M. (2015). Domain general learning: Infants use social and non-social cues when learning object statistics. *Frontiers in Psychology*, *6*, 551. CC by 4.0.

[2] Imagen adaptada de Barry, R. A., Graf Estes, K., & Rivera, S. M. (2015). Domain general learning: Infants use social and non-social cues when learning object statistics. *Frontiers in Psychology*, *6*, 551. CC by 4.0.

[3] Ellis, E. M., Borovsky, A., Elman, J. L., & Evans, J. L. (2021). Toddlers' Ability to Leverage Statistical Information to Support Word Learning. *Frontiers in Psychology*, *12*, 641. CC by 4.0. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.600694/full

[4] Arciuli, J., & Torkildsen, J. V. K. (2012). Advancing our understanding of the link between statistical learning and language acquisition: The need for longitudinal data. Frontiers in psychology, 3, 324. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2012.00324/full#h9

12.6: Aprendizaje estadístico is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.7: Teoría ampliada del imán de la lengua materna (NLM-e)

Teoría del imán de la lengua materna para la adquisición del lenguaje

Los niños pequeños nacen preparados para aprender su lengua o lenguas maternas rápido y con relativa facilidad, y se desarrolla de una manera similar, con independencia de la cultura o de la lengua. De este modo, los bebés son “ciudadanos del mundo” (Kuhl, 2004) porque son capaces de distinguir fonéticamente los sonidos de todas las lenguas del mundo y de aprender cualquier lengua a la que se los exponga. La fonética estudia cómo se producen los sonidos de una lengua y cómo suenan realmente. Los niños son muy buenos para notar las diferencias fonéticas y pueden distinguir todo tipo de sonidos de muchas lenguas distintas. Pero esta habilidad cambia en el primer año de vida. Para adquirir una lengua, los bebés deben ser capaces de descubrir qué distinciones fonéticas específicas se utilizarán en su lengua materna. La capacidad temprana de los bebés para distinguir fonéticamente los sonidos de las distintas lenguas empieza a disminuir a medida que la exposición repetida a la lengua materna hace que los bebés se conviertan en “oyentes ligados a la cultura”; ahora son solo capaces de distinguir los sonidos de su lengua materna (Kuhl, 2004). Por ejemplo, a los seis meses de vida, los bebés que aprenden inglés tienen entre un 80 y un 90 % de éxito a la hora de notar las diferencias fonéticas en inglés, en hindi y en salish (Werker & Tees, 1984). Pero a los diez meses, su nivel de éxito se reduce a un 50 % o a un 60 %, y cuando tienen un año, solo tienen un 10 % o un 20 % de éxito al captar las diferencias fonéticas en hindi y salish. La teoría ampliada del imán de la lengua materna (Native Language Magnet Theory Expanded, NLM-e) explica la disminución de la percepción del habla infantil y el posterior aumento de sus capacidades lingüísticas nativas. [1] [2]

La NLM-e propone que la capacidad universal de percepción temprana del habla de los niños pequeños disminuye con la experiencia lingüística a medida que el cerebro se compromete a nivel neuronal con la lengua materna del niño, lo que permite el proceso de adquisición del lenguaje. Hay cinco principios básicos de la NLM-e (Kuhl et al., 2008):

Los patrones direccionales y el lenguaje dirigido a los bebés son formas de cambio.

Para comprender el lenguaje, los bebés tienen que adquirir primero el inventario de sonidos de una lengua determinada, es decir, aprender cuántos y cuáles sonidos del habla son unidades funcionalmente distintas. Cuando un cuidador habla con un bebé, lo que este oye es una larga cadena de sonidos lingüísticos continuos. ¿Cómo aprende el bebé las palabras individuales dentro de un flujo del habla? Uno de los mecanismos que utilizan es el aprendizaje direccional, que consiste en aprender escuchando simplemente las direcciones de la frecuencia de los sonidos del habla en el lenguaje. Las distintas lenguas tienen diferentes patrones direccionales del sonido, ya que es probable que algunos sonidos se escuchen juntos más frecuentemente que otros. Los bebés de tan solo dos meses de vida perciben los patrones direccionales del sonido en el lenguaje (Maye, Werker y Gerken, 2002; Wanrooij, Boersma y van Zuijen, 2014). Ya que las investigaciones indican que el aprendizaje direccional es uno de los mecanismos por los que los bebés comienzan a adquirir los fonemas de su lengua materna, según la NLM-e, es una importante forma de cambio. [3] Cuando los cuidadores adultos hablan con bebés y niños pequeños, suelen utilizar un estilo de habla diferente, muchas veces se denomina el “habla dirigida al bebé”, que implica un tono de voz más alto, un rango de tonos más amplio y pausas más largas entre las palabras (Fernald et al.,1989; Outters et al., 2020). Para los bebés, al nacer es mejor escuchar el habla dirigida hacia ellos que el habla dirigida hacia adultos (Cooper y Aslin, 1990), y lo mismo ocurre en la infancia (Fernald, 1985; Werker y McLeod, 1989). En contraste con lo que les ocurre con el habla dirigida hacia adultos, cuando los bebés escuchan el habla dirigida hacia ellos, tienen una mayor capacidad de distinguir los sonidos del habla (Karzon, 1985; Trainor & Desjardins, 2002), segmentan las palabras del habla continua de manera más eficiente (Thiessen, Hill & Saffran, 2005), demuestran una mejor memoria a largo plazo para recordar palabras (Singh et al., 2009) y aprenden palabras nuevas con más efectividad (Graf Estes & Hurley, 2013; Ma et al., 2011). Por lo tanto, la NLM-e propone que el habla dirigida hacia el bebé es una forma de cambio, ya que los ayuda a diferenciar fonéticamente los sonidos del lenguaje, así como a adquirir su lengua materna. [4] [5]

La exposición al lenguaje produce un esfuerzo neuronal que afecta a su futuro aprendizaje.

Los adultos que escucharon o hablaron una lengua extranjera durante la infancia tienen mejores capacidades de percepción y producción cuando vuelven a aprender ese idioma más adelante. Así pues, al exponerse a un idioma durante el primer año de vida, los bebés que lo aprenden reciben un beneficio duradero, ya que la exposición a un idioma en la infancia conduce a un esfuerzo neuronal. Además, los beneficios de la exposición temprana a la lengua extranjera comienzan a observarse casi de inmediato. Por ejemplo, las capacidades de percepción del habla de los bebés cambian con tan solo cinco horas de exposición a una segunda lengua (Kuhl et al., 2003; Conboy & Kuhl, 2011) y siguen siendo distintas incluso un mes después de no haber estado expuestos a esa lengua (Sundara et al., 2020). [6]

La interacción social influye en el aprendizaje temprano del lenguaje a nivel fonético.

En una serie de estudios, Kuhl y sus colegas demostraron la importancia de la interacción social en el aprendizaje fonético. Al exponer a bebés monolingües en inglés al chino mandarín por medio de una “situación en vivo” (el investigador interactuaba directamente con el bebé durante el aprendizaje) los bebés demostraron una comprensión fonética de la lengua extranjera; sin embargo, al exponerse al chino mandarín por medio de un video no llegaron al aprendizaje fonético(Kuhl, Tsao & Liu, 2003).

Cuando estos mismos videos de chino mandarín se les mostraron a los bebés en un dispositivo de pantalla táctil interactiva, se produjo un mayor aprendizaje fonético para los bebés que estaban de a dos, en comparación a los que no tenían pareja social (Lytle, García-Sierra & Kuhl, 2018). Esta línea de investigación demuestra la importancia que tienen las interacciones sociales en el aprendizaje del lenguaje a nivel fonético. [7]

La percepción temprana del habla predice el desarrollo del lenguaje.

La NLM-e plantea que las capacidades de percepción del lenguaje en las primeras etapas (como la percepción fonética) están relacionadas con las capacidades lingüísticas posteriores. De hecho, las investigaciones han demostrado esta conexión. La capacidad de percepción del habla de los bebés de seis meses se relaciona, de manera longitudinal, con el desarrollo del lenguaje a los 13, 16 y 24 meses (Tsao, Liu & Kuhl, 2004). En investigaciones más recientes se ha descubierto que esta asociación perdura durante la primera infancia, ya que los bebés de 11 meses con más capacidades de percepción del habla demostraron mayores capacidades gramaticales a los seis años (Zhao et al., 2021).

La relación entre la percepción y la producción se forma en el desarrollo.

Las capacidades tempranas de percepción fonética están relacionadas con las capacidades de producción del lenguaje que se dan más adelante (Zhao et al., 2021). La relación entre la percepción y la producción del lenguaje se construye por medio de las experiencias de exposición al lenguaje y las vocalizaciones de los bebés. Mediante la exposición al lenguaje, los bebés crean mapas mentales para representar los sonidos específicos de su lengua materna. Mediante la vocalización, los bebés conectan las propiedades articulatorias que usan para crear diversos sonidos con los que se oyen producir, y luego lo conectan con los sonidos del lenguaje que han elaborado a partir de la exposición al lenguaje de los adultos. Esta perspectiva del desarrollo de la adquisición del lenguaje indica que la percepción temprana del lenguaje es fundamental y que la producción de este se basa en las capacidades perceptivas.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Psycholinguistics/Theories and Models of Language Acquisition. CC BY-SA 3.0. https://en.wikiversity.org/wiki/Psycholinguistics/Theories_and_Models_of_Language_Acquisition#cite_note-A_Linguistic_Introduction-8

[2] Essentials of Linguistics de Catherine Anderson tiene licencia CC by 4.0.

[3] Chládková, K., & Šimáčková, Š. (2021). Distributional learning of speech sounds: An exploratory study into the effects of prior language experience. Language Learning, 71(1), 131-161. CC by 4.0.

[4] Outters, V., Schreiner, M. S., Behne, T., & Mani, N. (2020). Maternal input and infants’ response to infant-directed speech. Infancy, 25(4), 478-499. CC by 4.0.

[5] Byers-Heinlein et al., (2021). A MultilabStudy of Bilingual Infants: Exploring the Preference for Infant-Directed Speech. Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 4(1), 2515245920974622. CC by 4.0.

[6] Sundara, M., Ward, N., Conboy, B., & Kuhl, P. K. (2020). Exposure to a second language in infancy alters speech production. Bilingualism: Language and Cognition, 23(5), 978-991. CC by 4.0.

[7] Li, P., & Jeong, H. (2020). The social brain of language: grounding second language learning in social interaction. Science of Learning, 5(1), 1-9. CC by 4.0.

12.7: Teoría ampliada del imán de la lengua materna (NLM-e) is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.8: Conclusión

Conclusión del capítulo “Teorías de la adquisición del lenguaje”

El proceso de adquisición del lenguaje en bebés y niños pequeños es un fenómeno realmente extraordinario. En esta sección, se han presentado algunas de las teorías más importantes sobre la adquisición del lenguaje. A medida que avanza la investigación y se crean técnicas, seguimos aprendiendo sobre el proceso de adquisición del lenguaje. Si bien los niños nacen con mecanismos que aceleran el proceso de adquisición del lenguaje durante las primeras fases, como el aprendizaje estadístico, la cantidad y la calidad de las interacciones que los bebés y los niños pequeños tienen con sus cuidadores y otras personas son de vital importancia.|

12.8: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

12.9: Referencias

Adams, K. A., Marchman, V. A., Loi, E. C., Ashland, M. D., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2018). Caregiver talk and medical risk as predictors of language outcomes in full term and preterm toddlers. *Child Development, 89*(5), 1674-1690.

Antovich, D. M., & Graf Estes, K. (2018). Learning across languages: Bilingual experience supports dual language statistical word segmentation. *Developmental Science, 21*(2), e12548.

Aslin, R. N., Saffran, J. R., & Newport, E. L. (1998). Computation of conditional probability statistics by 8-month-old infants. *Psychological Science, 9*(4), 321-324.

Bakhurst, D., & Shanker, S. (2001). *Jerome Bruner language, culture, self*. SAGE.

Bulf, H., Johnson, S. P., & Valenza, E. (2011). Visual statistical learning in the newborn infant. *Cognition, 121*(1), 127-132.

Caskey, M., Stephens, B., Tucker, R., & Vohr, B. (2014). Adult talk in the NICU with preterm infants and developmental outcomes. *Pediatrics, 133*(3), e578-e584.

DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development, 9*(2), 133-150.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior and Development, 8*(2), 181-195.

Fernald, A. (1989). Intonation and communicative intent in mothers' speech to infants: Is the melody the message?. *Child Development*, 1497-1510.

Fiser, J., & Aslin, R. N. (2002). Statistical learning of new visual feature combinations by infants. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 99*(24), 15822-15826.

Friederici, A. D. (2017). *Language in our brain: The origins of a uniquely human capacity*. MIT Press.

Friederici, A. D., & Wartenburger, I. (2010). Language and brain. Wiley Interdisciplinary Reviews: *Cognitive Science, 1*(2), 150-159.

Ghio, M., Cara, C., & Tettamanti, M. (2021). The prenatal brain readiness for speech processing: A review on foetal development of auditory and primordial language networks. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Goodluck, H. (1991). *Language acquisition: A linguistic introduction*. Basil Blackwell.

Graf Estes, K., & Hurley, K. (2013). Infant-directed prosody helps infants map sounds to meanings. *Infancy, 18*(5), 797-824.

Hay, J. F., & Saffran, J. R. (2012). Rhythmic grouping biases constrain infant statistical learning. *Infancy, 17*(6), 610-641.

Jensen, L. A., & Arnett, J. J. (2017). *Child development worldwide: A cultural approach*. Pearson.

Karzon, R. G. (1985). Discrimination of polysyllabic sequences by one-to four-month-old infants. *Journal of Experimental Child Psychology, 39*(2), 326-342.

Kirkham, N. Z., Slemmer, J. A., & Johnson, S. P. (2002). Visual statistical learning in infancy: Evidence for a domain general learning mechanism. *Cognition, 83*(2), B35-B42.

Kirkham, N. Z., Slemmer, J. A., Richardson, D. C., & Johnson, S. P. (2007). Location, location, location: Development of spatiotemporal sequence learning in infancy. *Child Development, 78*(5), 1559-1571.

Krcmar, M. (2010). Can social meaningfulness and repeat exposure help infants and toddlers overcome the video deficit?. *Media Psychology, 13*(1), 31-53.

Krcmar, M., Grela, B., & Lin, K. (2007). Can toddlers learn vocabulary from television? An experimental approach. *Media Psychology, 10*(1), 41-63.

Krentz, U. C., & Corina, D. P. (2008). Preference for language in early infancy: the human language bias is not speech specific. *Developmental Science, 11*(1), 1-9.

Kuhl, P. K. (2004). Early language acquisition: cracking the speech code. *Nature Reviews Neuroscience, 5*(11), 831-843.

Kuhl, P. K. (2007). Is speech learning 'gated' by the social brain? *Developmental Science, 10*(1), 110-120.

Kuhl, P. K. (2010). Brain mechanisms in early language acquisition. *Neuron, 67*(5), 713-727.

Kuhl, P. K., Conboy, B. T., Coffey-Corina, S., Padden, D., Rivera-Gaxiola, M., & Nelson, T. (2008). Phonetic learning as a pathway to language: new data and native language magnet theory expanded (NLM-e). *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Ciencias Biológicas*, *363*(1493), 979-1000.

Kuhl, P. K., Tsao, F. M., & Liu, H. M. (2003). Foreign-language experience in infancy: Effects of short-term exposure and social interaction on phonetic learning. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *100*(15), 9096-9101.

Kuhl, P. K., Williams, K. A., Lacerda, F., Stevens, K. N., & Lindblom, B. (1992). Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science*, *255*(5044), 606-608.

Levine, L. E., & Munsch, J. (2018). *Child development from infancy to adolescence: An active learning approach*. Sage Publications.

Linebarger, D. L., & Vaala, S. E. (2010). Screen media and language development in infants and toddlers: An ecological perspective. *Developmental Review*, *30*(2), 176-202.

Loi, E. C., Vaca, K. E., Ashland, M. D., Marchman, V. A., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2017). Quality of caregiver-child play interactions with toddlers born preterm and full-term: Antecedents and language outcome. *Early human development*, *115*, 110-117.

Lytle, S. R., Garcia-Sierra, A., & Kuhl, P. K. (2018). Two are better than one: Infant language learning from video improves in the presence of peers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(40), 9859-9866.

Ma, W., Golinkoff, R. M., Houston, D. M., & Hirsh-Pasek, K. (2011). Word learning in infant-and adult-directed speech. *Language Learning and Development*, *7*(3), 185-201.

Masek, L. R., McMillan, B. T., Paterson, S. J., Tamis-LeMonda, C. S., Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2021). Where language meets attention: How contingent interactions promote learning. *Developmental Review*, *60*, 100961.

Maye, J., Werker, J. F., & Gerken, L. (2002). Infant sensitivity to distributional information can affect phonetic discrimination. *Cognition*, *82*(3), B101-B111.

Moon, C., Lagercrantz, H., & Kuhl, P. K. (2013). Language experienced in utero affects vowel perception after birth: A two-country study. *Acta Paediatrica*, *102*(2), 156-160.

Newman, R., Ratner, N. B., Jusczyk, A. M., Jusczyk, P. W., & Dow, K. A. (2006). Infants' early ability to segment the conversational speech signal predicts later language development: a retrospective analysis. *Developmental Psychology*, *42*(4), 643.

Outters, V., Schreiner, M. S., Behne, T., & Mani, N. (2020). Maternal input and infants' response to infant-directed speech. *Infancy*, *25*(4), 478-499.

Perani, D., Saccuman, M. C., Scifo, P., Anwander, A., Spada, D., Baldoli, C., Poloniato, A., Lohmann, G., & Friederici, A. D. (2011). Neural language networks at birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(38), 16056-16061.

Rivera-Gaxiola, M., Silva-Pereyra, J., & Kuhl, P. K. (2005). Brain potentials to native and non-native speech contrasts in 7-and 11-month-old American infants. *Developmental Science*, *8*(2), 162-172.

Romberg, A. R., & Saffran, J. R. (2010). Statistical learning and language acquisition. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, *1*(6), 906-914.

Roseberry, S., Hirsh-Pasek, K., & Golinkoff, R. M. (2014). Skype me! Socially contingent interactions help toddlers learn language. *Child Development*, *85*(3), 956-970.

Rowe, M. L., & Weisleder, A. (2020). Language development in context. *Annual Review of Developmental Psychology*, *2*, 201-223.

Saffran, J. R. (2001). Words in a sea of sounds: The output of infant statistical learning. *Cognition*, *81*(2), 149-169.

Saffran, J. R. (2020). Statistical language learning in infancy. *Child Development Perspectives*, *14*(1), 49-54.

Saffran, J. R. (2003). Statistical language learning: Mechanisms and constraints. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(4), 110-114.

Saffran, J. R., Aslin, R. N., & Newport, E. L. (1996). Statistical learning by 8-month-old infants. *Science*, *274*(5294), 1926- 1928.

Saffran, J. R., & Kirkham, N. Z. (2018). Infant statistical learning. *Annual Review of Psychology*, *69*, 181-203.

Schneider, R., Yurovsky, D., & Frank, M. C. (2015). Large-scale investigations of variability in children's first words. En D. C.Noelleet al (Ed.), Proceedings of the 37th Annual Meeting of the Cognitive Science Society, Pasadena, California, July 22- 25, 2015 (2110-2115). Austin, TX: Cognitive Science Society.

Scofield, J., Williams, A., & Behrend, D. A. (2007). Word learning in the absence of a speaker. *First Language*, *27*(3), 297-311.

Singh, L., Nestor, S., Parikh, C., & Yull, A. (2009). Influences of infant-directed speech on early word recognition. *Infancy, 14*(6), 654-666.

Stone, A., Petitto, L. A., & Bosworth, R. (2018). Visual sonority modulates infants' attraction to sign language. *Language Learning and Development*, *14*(2), 130-148.

Troseth, G. L., Strouse, G. A., Verdine, B. N., & Saylor, M. M. (2018). Let's chat: On-screen social responsiveness is not sufficient to support toddlers' word learning from video. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2195.

Sundara, M., Ward, N., Conboy, B., & Kuhl, P. K. (2020). Exposure to a second language in infancy alters speech production. *Bilingualism: Language and Cognition*, *23*(5), 978-991.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child development*, *72*(3), 748-767.

Tardif, T., Fletcher, P., Liang, W., Zhang, Z., Kaciroti, N., & Marchman, V. A. (2008). Baby's first 10 words. *Developmental Psychology, 44*, 929-938.

Thiessen, E. D., Hill, E. A., & Saffran, J. R. (2005). Infant-directed speech facilitates word segmentation. *Infancy*, *7*(1), 53-71.

Trainor, L. J., & Desjardins, R. N. (2002). Pitch characteristics of infant-directed speech affect infants' ability to discriminate vowels. *Psychonomic Bulletin & Review*, *9*(2), 335-340.

Tsao, F. M., Liu, H. M., & Kuhl, P. K. (2004). Speech perception in infancy predicts language development in the second year of life: A longitudinal study. *Child Development*, *75*(4), 1067-1084.

Vandewater, E. A. (2011). Infant word learning from commercially available video in the US. *Journal of Children and Media*, *5*(3), 248-266.

Wanrooij, K., Boersma, P., & Van Zuijen, T. (2014). Fast phonetic learning occurs already in 2-to-3-month old infants: an ERP study. *Frontiers in Psychology*, *5*, 77.

Werker, J. F., & McLeod, P. J. (1989). Infant preference for both male and female infant-directed talk: a developmental study of attentional and affective responsiveness. *Canadian Journal of Psychology*, *43*(2), 230.

Werker, J. F., & Tees, R. C. (1984). Cross-language speech perception: Evidence for perceptual reorganization during the first year of life. *Infant Behavior and Development*, *7*(1), 49-63.

Wu, R., Gopnik, A., Richardson, D. C., & Kirkham, N. Z. (2011). Infants learn about objects from statistics and people. *Developmental Psychology*, *47*(5), 1220.

Zhao, T. C., Boorom, O., Kuhl, P. K., & Gordon, R. (2021). Infants' neural speech discrimination predicts individual differences in grammar ability at 6 years of age and their risk of developing speech-language disorders. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *48*, 100949.

12.9: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

13: Apoyo del lenguaje en guarderías

13.1: Introducción
13.2: Desarrollo del lenguaje y diferencias individuales
13.3: Estrategias de apoyo al desarrollo del lenguaje
13.3.1: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- receptividad y sensibilidad
13.3.2: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- toma de turnos
13.3.3: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- protoconversaciones
13.3.4: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- habla dirigida al bebé
13.3.5: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- canto
13.3.6: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- atención conjunta
13.3.7: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- signos para bebés y lengua de señas
13.3.8: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura compartida
13.3.9: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura dialógica
13.4: Conclusión
13.5: Referencias

13: Apoyo del lenguaje en guarderías is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.1: Introducción

Introducción al apoyo del lenguaje en guarderías

Si bien los niños nacen preparados para adquirir el lenguaje, la cantidad y la calidad de la exposición que reciben son fundamentales para la trayectoria de su desarrollo lingüístico. En el caso de los niños que asisten a guarderías, el lenguaje que los cuidadores comparten con los bebés y niños pequeños es esencial. En esta sección, se destaca la importancia de la cantidad y la calidad de la exposición al lenguaje durante los tres primeros años y se explican diversas prácticas que los cuidadores pueden llevar a cabo para aumentar tanto la cantidad como la calidad del lenguaje que utilizan con los bebés y los niños pequeños.

13.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.2: Desarrollo del lenguaje y diferencias individuales

La individualidad del desarrollo lingüístico

El lenguaje se desarrolla rápidamente durante los tres primeros años de vida. En la Figura 13.2.1, se muestran las curvas de crecimiento del desarrollo del vocabulario productivo de los niños entre los 16 y los 30 meses de edad. En el eje de abscisas está la edad de los niños, y el eje de ordenadas representa el número de palabras que producen los niños. Cada punto gris representa los datos de un niño. Cuando observa este gráfico con detenimiento, ¿qué nota? ¿Se dio cuenta de las diferencias individuales dentro de cada edad? Por ejemplo, fíjese en la extensión de los puntos a los 24 meses. Incluso dentro de la misma edad (24 meses), hay una gran variabilidad en el vocabulario productivo entre los niños. A los 24 meses, se ha oído a algunos niños hablar más de 500 o incluso 600 palabras, mientras que muchos otros decían menos de 200 palabras. Además, observe que las curvas de crecimiento sugieren que estas diferencias individuales comienzan pronto, antes de los 16 meses, y continúan a lo largo del segundo año de vida. ¿De dónde proceden estas diferencias individuales en la capacidad lingüística, y tienen alguna importancia a largo plazo?

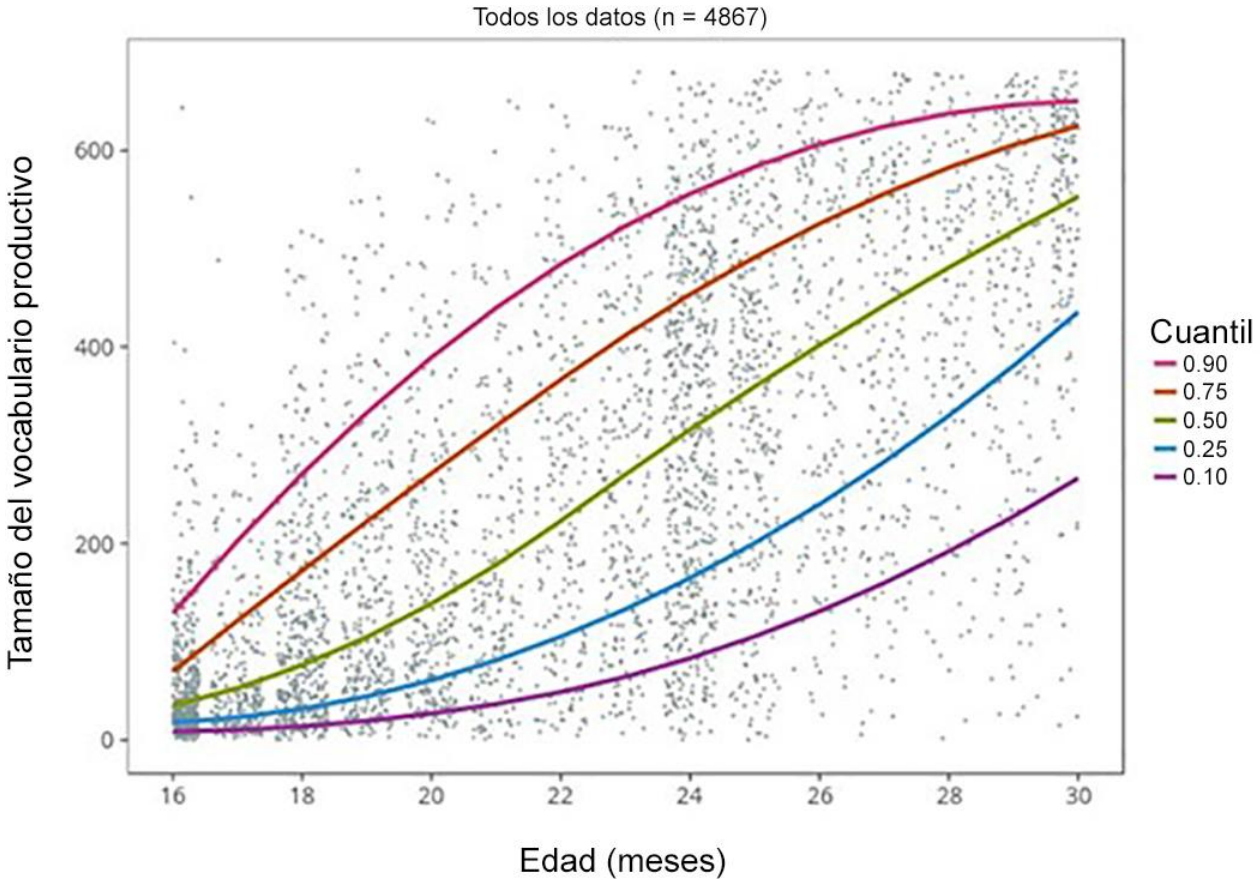


Figura 13.2.1: Curvas de crecimiento del número de palabras que producen los niños. La tabla con todos los datos puede encontrarse en Wordbank | Analyses (stanford.edu) ([1])

Las diferencias individuales tempranas en la capacidad lingüística tienen importancia a largo plazo. Por ejemplo, las diferencias individuales en las capacidades de procesamiento del lenguaje se mantienen estables a lo largo del desarrollo. Aquellos niños que eran más rápidos en el procesamiento del lenguaje a los 19 meses seguían siendo más rápidos en el procesamiento del lenguaje 12 meses después (Peter *et al.*, 2019). En el caso de los niños nacidos prematuramente, aquellos que eran más rápidos en el procesamiento del lenguaje a los 18 meses tenían mayores capacidades de comprensión de vocabulario a los 30 meses (Marchman *et al.*, 2016) y tenían mayores puntuaciones en el lenguaje y el coeficiente intelectual a los 54 meses (Marchman *et al.*, 2018). A los 18 meses, los niños de entornos de mayor nivel socioeconómico ya tienen un vocabulario productivo más amplio y son más eficientes en el procesamiento del lenguaje (Fernald, Marchman & Weisleder, 2013). Cuando se realizó un seguimiento de estos mismos niños seis meses más tarde, los que tenían un vocabulario más amplio y una capacidad de procesamiento del lenguaje más eficaz a los 18 meses siguieron rindiendo a un nivel más alto: a los dos años, los niños de NSE más bajo rindieron al mismo nivel

que los niños de NSE más alto cuando tenían 18 meses, lo que representa una diferencia de rendimiento de seis meses a los dos años. [2]

En resumen, las diferencias individuales en la capacidad lingüística comienzan a formarse en las primeras etapas de la vida y tienen el potencial de derivar en resultados de desarrollo muy diferentes más adelante en la infancia. En concreto, un vocabulario más amplio y una capacidad de procesamiento del lenguaje más eficaz en la niñez están relacionados con un mayor rendimiento en las evaluaciones lingüísticas, cognitivas y académicas en la infancia tardía. Está claro que las diferencias individuales tempranas en la capacidad lingüística son importantes, pero ¿de dónde provienen?

La brecha de palabras

Las diferencias individuales en las capacidades lingüísticas que aparecen en los tres primeros años pueden explicarse en parte por los distintos niveles de exposición lingüística que reciben los niños. Por ejemplo, las capacidades tempranas de procesamiento del lenguaje están asociadas a la cantidad de lenguaje que escuchan los niños, ya que las investigaciones han descubierto que los niños que están expuestos a menos lenguaje suelen tener menores capacidades lingüísticas(Fernald & Weisleder, 2010; Hurtado, Marchman & Fernald, 2008). [3]



Figura 13.2.2: Cuidador interactuando con una niña pequeña. ([4])

En un importante estudio sobre las diferencias individuales, los investigadores fueron a las casas de las familias una vez al mes y grabaron lo que los niños oían y decían durante una hora (Hart & Risley, 1995). Empezaron a hacerlo cuando los bebés tenían nueve meses, y siguieron yendo a sus casas cada mes hasta que los niños cumplieron tres años. Durante este tiempo, los niños empezaron a hablar, y los científicos hicieron un seguimiento de cada nueva palabra que producían. También anotaron todas las palabras y frases que los padres decían a sus hijos. Después de analizar estas grabaciones, descubrieron que la mayoría de los niños empezaban a hablar alrededor de su primer cumpleaños, pero algunos aprendían nuevas palabras mucho más rápido que otros. También descubrieron que los niños aprendían mejor las palabras nuevas si sus padres les hablaban mucho en casa. Los niños que escucharon mucho lenguaje —más palabras, más palabras diferentes, más preguntas, más palabras de aliento y más palabras que describían cosas— tuvieron un vocabulario más amplio que los niños que no escucharon tanto lenguaje. [5]

Un hallazgo importante de este estudio fue que los niños escuchaban más lenguaje si provenían de familias con un nivel socioeconómico (NSE) más alto. Esta relación entre la familia (NSE) y la cantidad de palabras dirigidas al niño se ha conocido como la “brecha de palabras”. Hart y Risley (2003) estimaron que existe una brecha de 30 millones de palabras. Los niños de familias con un nivel socioeconómico más alto están expuestos a 30 millones de palabras más a la edad de tres años que los niños de familias con un nivel socioeconómico más bajo. Si bien algunos investigadores sostienen que la brecha de palabras real puede ser menor que los 30 millones de palabras propuestos originalmente, la brecha de palabras existe, está presente y es impactante, ya

que numerosos estudios han documentado una diferencia en la exposición al lenguaje basada en el NSE familiar (Ellwood-Lowe, Foushee & Srinivasan, 2022; Hoff, 2003; Huttenlocher *et al.*, 2010; Golinkoff *et al.*, 2019; Rowe, Leech & Cabrera, 2017). Por ejemplo, el lenguaje de los padres con un NSE más bajo suele utilizar una menor diversidad de palabras en comparación con el lenguaje de los padres con un NSE más alto (Burchinal *et al.*, 2008; Huttenlocher *et al.*, 2010). Como consecuencia de estas diferencias de *input*, los niños con un entorno de mayor nivel socioeconómico suelen tener un vocabulario más amplio (Gilkerson *et al.*, 2017; Hoff, 2006) y utilizan con más frecuencia construcciones gramaticales diversas y avanzadas que los niños de familias de menor nivel socioeconómico (Huttenlocher, Vasilyeva, Cymerman & Levine, 2002). [6]

La idea de una brecha de palabras pone de relieve la importancia de la exposición temprana al lenguaje para las trayectorias de desarrollo positivas a largo plazo. Las experiencias y habilidades lingüísticas tempranas generan un mayor rendimiento lingüístico posterior e incluso se relacionan con habilidades cognitivas y académicas posteriores (Bornstein, Hahn, Putnick & Pearson, 2018; Lehrl *et al.*, 2020; Rodríguez & Tamis-LeMonda, 2011; Rose, Lehrl, Ebert & Weinert, 2018; Tamis-LeMonda *et al.*, 2019).

Por ejemplo, los niños pequeños con un vocabulario más amplio y un procesamiento del lenguaje más eficaz demostraron tener más habilidades lingüísticas y cognitivas a los 8 años de edad (Marchman & Fernald, 2008).

Cantidad de exposición al lenguaje

Si bien es cierto que el NSE familiar está relacionado con las diferencias lingüísticas tempranas en los niños, el NSE familiar por sí solo no revela toda la historia. En un estudio, los investigadores analizaron los posibles factores del crecimiento del lenguaje en un grupo de niños pequeños, todos ellos procedentes de familias con un nivel socioeconómico bajo (Weisleder & Fernald, 2013). Los niños llevaban una grabadora especial que captaba el lenguaje al que estaban expuestos a lo largo del día, durante varios días. Los resultados revelaron una gran variabilidad en la exposición al lenguaje, a pesar de que todos los niños procedían de familias con un nivel socioeconómico bajo. En la Figura 13.2.3, se muestra la variedad de la exposición lingüística de los niños. Cada columna de color representa a un niño y la altura de la columna representa el número de palabras que un niño escuchó en una jornada de 10 horas; cuanto más alta sea la barra, más palabras habrá escuchado el niño. Algunos niños escucharon más de 25 000 palabras en un día, mientras que otros escucharon menos de 2500 palabras diarias. Estos son datos de un solo día, pero imagínese el efecto que tiene esto durante los tres primeros años de vida del niño si se repiten estos patrones diarios. [5]

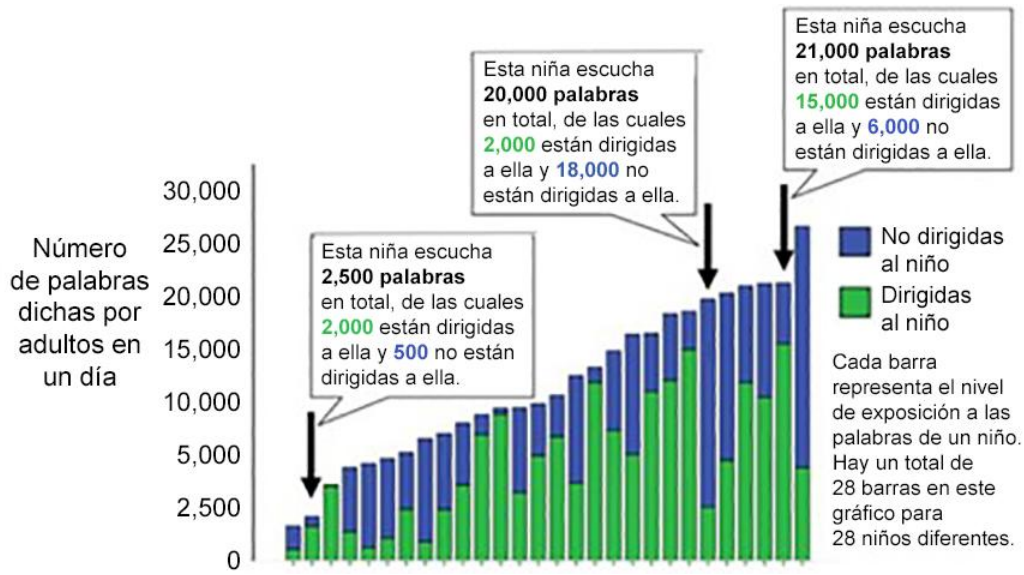


Figura 13.2.3: Número de palabras que los niños pequeños, de familias de bajo nivel socioeconómico, escucharon en un día. Cada barra representa el nivel de exposición a las palabras de un niño. Hay un total de 28 barras en este gráfico, para 28 niños diferentes. Este gráfico muestra el número de palabras que diferentes niños escucharon de los adultos en 1 día. La parte inferior/verde de cada barra muestra el número de palabras que los adultos le dijeron a ese niño en 1 día. La parte superior/azul de cada barra muestra el número de palabras que los niños escucharon cuando los adultos estaban hablando con otras personas. Por ejemplo, la niña 2 escuchó 2500 palabras en total. Unas 2000 palabras se dirigen a ella y 500 palabras no se dirigen a ella. La niña 23 oye 20 000 palabras en total. Unas 2000 palabras van dirigidas a ella y 18 000 palabras no van dirigidas a ella. La niña 27 oye 21 000 palabras en total. Unas 15 000 palabras van dirigidas a ella y 6000 palabras no van dirigidas a ella. ([7]

Estos resultados alejan el foco de atención del nivel socioeconómico *per se* y lo dirigen más específicamente a las experiencias lingüísticas variables de los niños, una de las cuales puede incluir el nivel socioeconómico. En general, los niños de familias con un nivel socioeconómico alto oyen más lenguaje que los niños de familias con un nivel socioeconómico bajo, pero incluso dentro del

mismo nivel socioeconómico hay diferencias significativas en la experiencia lingüística. Además del nivel socioeconómico, existen otras razones que explican los diferentes niveles de exposición lingüística. Por ejemplo, en Senegal, las tradiciones y creencias culturales desalientan a los cuidadores a hablar con los bebés y los niños pequeños, por lo que restringen en gran medida su exposición al lenguaje (Weber, Fernald & Diop, 2017). Otras investigaciones demuestran que la cantidad de palabras que experimentan los bebés varía mucho en función de cómo se les coloque durante las actividades y del tipo de actividad. Los bebés colocados en soportes para sentarse (por ejemplo, asientos inflables, sillas altas) experimentan menos palabras de los adultos y una exposición al lenguaje menos consistente a lo largo del día (Malachowski, Salo, Needham & Humphreys, 2021). Considerando varias actividades diarias, los bebés estuvieron expuestos a la mayor cantidad de palabras durante la lectura compartida (media de 55,91 palabras por minuto), el aseo (media de 56,60 palabras por minuto), la menor cantidad de palabras durante el juego con objetos (media de 34,10 palabras por minuto) y la alimentación (media de 32,44 palabras por minuto) (Tamis-LeMonda *et al.*, 2019).

Hasta ahora hemos sabido que el número de palabras a las que están expuestos los niños puede variar mucho en función de factores como el nivel socioeconómico y la cultura, pero ¿cómo es la cantidad "típica" de exposición al lenguaje? Para calcular cuántas palabras escuchan los bebés y los niños pequeños a lo largo de las diferentes edades, otro equipo de investigadores también utilizó pequeñas grabadoras que llevaban los niños para contar el número de palabras que escuchaban a lo largo del día (Gilkerson *et al.*, 2017). En la Figura 13.2.2, se resumen algunos de sus datos. Dedique un momento a observar los datos de la Figura 13.2.4. ¿Qué ha notado? Considere cómo el crecimiento del desarrollo en otros ámbitos, como las habilidades motoras, podría influir en la cantidad de palabras que los niños escuchan.

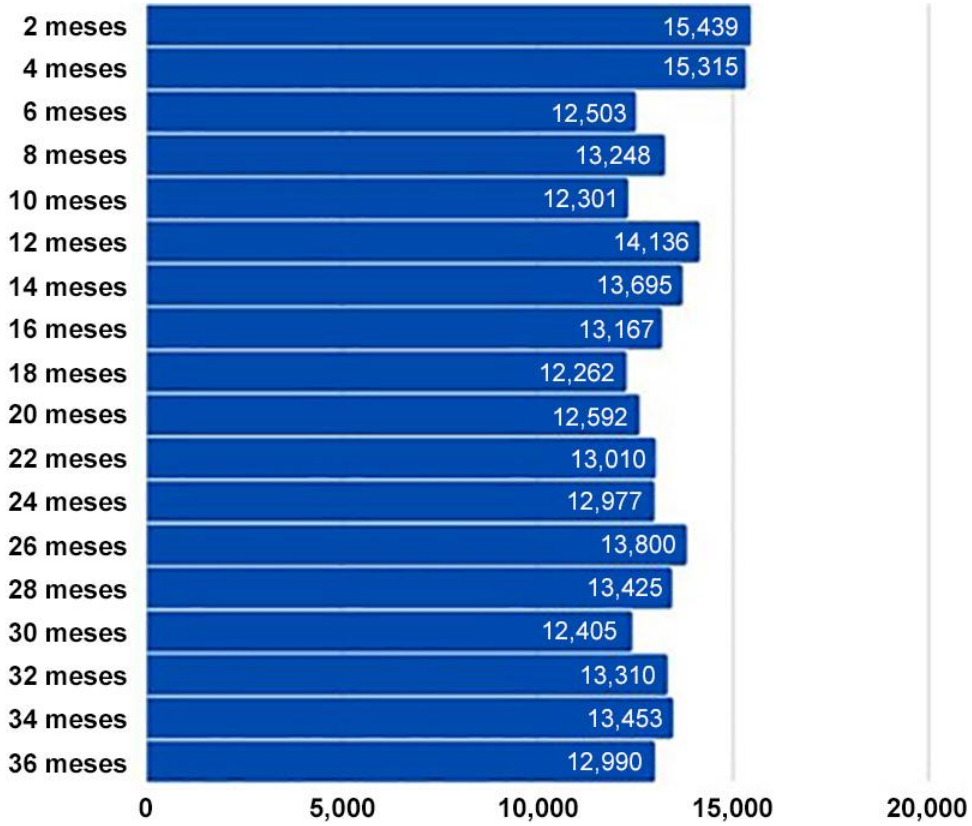


Figura 13.2.4: Número promedio de palabras a las que los niños están expuestos diariamente a diferentes edades. 2 meses = 15 439, 4 meses =15 315, 6 meses = 12 503, 8 meses = 13 248, 10 meses = 12 301, 12 meses =14 136, 14 meses = 13 695, 16 meses = 13 167, 18 meses = 12 262, 20 meses = 12 592, 22 meses = 13 010, 24 meses = 12 977, 26 meses = 13 800, 28 meses = 13 425, 30 meses = 12 405, 32 meses =13 310, 34 meses = 13 456, 36 meses = 12 990 [8])

¿Se ha dado cuenta de que los bebés suelen oír más palabras que los niños pequeños, siendo los más pequeños, de 2 a 4 meses, los que más palabras oyen? ¿Por qué cree que los bebés y los niños pequeños están expuestos a más palabras que los niños mayores? Entre los 2 y los 36 meses de edad, los niños están expuestos aproximadamente a una cantidad promedio de palabras que oscila entre 12 000 y algo más de 15 000. Aunque la diferencia entre 12 000 y 15 000 puede no parecer muy significativa, piense en cómo pueden evolucionar estas cifras en un solo año. Un niño expuesto a 12 000 palabras diarias durante un año escucharía 4 380 000

palabras, pero un niño expuesto a 15 000 palabras diarias escucharía 5 475 000 palabras en un año. ¡Esto representa una diferencia de más de un millón de palabras!

Es fundamental subrayar que, aunque estos datos se registraron en el entorno familiar del niño mientras las familias llevaban a cabo sus rutinas diarias en un intento de captar la exposición "natural" al lenguaje, los datos no deben interpretarse de ningún modo como representativos de lo que puede ser la exposición "típica" al lenguaje de todos los niños. Los participantes en el estudio eran todos niños monolingües de habla inglesa, mayoritariamente (66 %) blancos, todos de la zona de Denver, Colorado, y educados con un desarrollo educativo general (*General Education Developement*, GED) de secundaria (26 %), cierta experiencia universitaria (29 %) y un título universitario (23 %). Independientemente de estas limitaciones, los datos proporcionan una visión intrigante de la exposición diaria al lenguaje natural de los bebés y niños pequeños.

Calidad de la exposición lingüística

Si bien la mera cantidad de lenguaje a la que los niños están expuestos es claramente importante, la investigación sugiere que la calidad de la exposición es aún más significativa (Hirsh-Pasek *et al.*, 2015; Romeo *et al.*, 2018). Volvamos a ver el gráfico que mostraba el número de palabras que los niños pequeños, procedentes de familias de bajo nivel socioeconómico, escuchaban en un día (véase la Figura 13.2.5). Mientras que la altura de las columnas representa la cantidad de exposición al lenguaje, las secciones coloreadas de las columnas representan la calidad de la exposición. Algunos niños escuchan mucho lenguaje dirigido a ellos, como cuando hablan y juegan con sus cuidadores, lo que se denomina "habla dirigida al niño". El color inferior de cada columna es verde y representa la cantidad de palabras escuchadas que fueron dirigidas al niño. Otros niños oyen mucho lenguaje que no va dirigido a ellos, como cuando sus cuidadores hablan entre ellos o con otros niños cercanos, lo que se denomina "habla no dirigida al niño". El color superior de cada columna es azul y representa la cantidad de palabras no dirigidas al niño. [8]

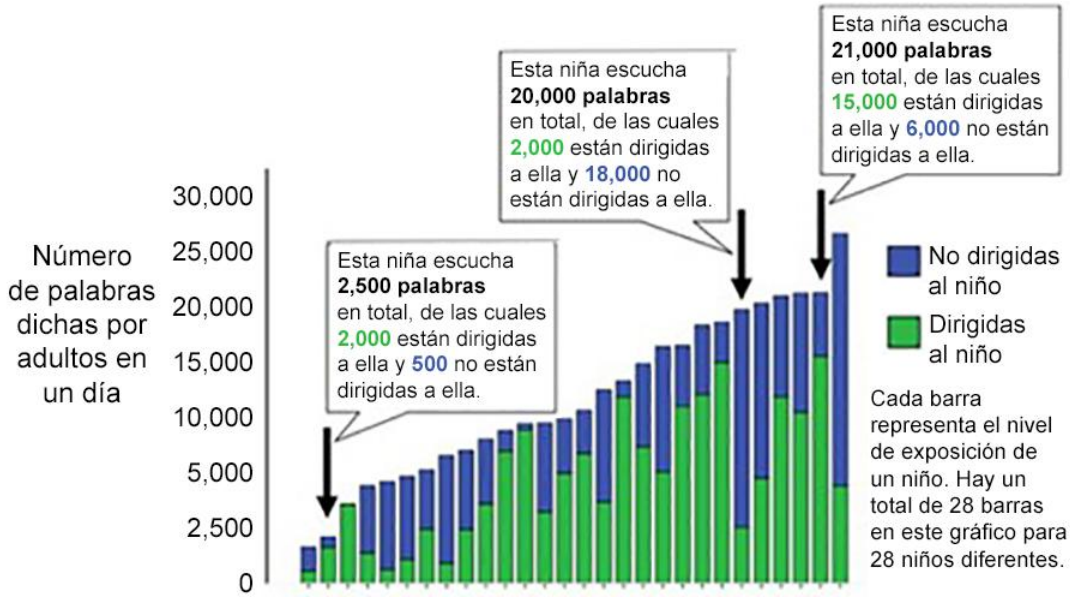


Figura 13.2.5: Número de palabras que los niños pequeños, de familias de bajo nivel socioeconómico, escucharon en un día. Cada barra representa el nivel de exposición a las palabras de un niño. Hay un total de 28 barras en este gráfico, para 28 niños diferentes. Este gráfico muestra el número de palabras que diferentes niños escucharon de los adultos en 1 día. La parte inferior/verde de cada barra muestra el número de palabras que los adultos le dijeron a ese niño en 1 día. La parte superior/azul de cada barra muestra el número de palabras que los niños escucharon cuando los adultos estaban hablando con otras personas. Por ejemplo, la niña 2 escuchó 2500 palabras en total. Unas 2000 palabras se dirigen a ella y 500 palabras no se dirigen a ella. La niña 23 oye 20 000 palabras en total. Unas 2000 palabras van dirigidas a ella y 18 000 palabras no van dirigidas a ella. La niña 27 oye 21 000 palabras en total. Unas 15 000 palabras van dirigidas a ella y 6000 palabras no van dirigidas a ella. ([5])

Es fundamental distinguir la cantidad de lenguaje a la que están expuestos los niños. La investigación reveló que los niños pequeños que escuchaban más lenguaje dirigido a ellos tenían un vocabulario más amplio y una capacidad de procesamiento del lenguaje más eficiente que los niños que no escuchaban tanto lenguaje dirigido a ellos. Esto demuestra que la calidad de las palabras que los cuidadores utilizan con los bebés y los niños pequeños, como el habla dirigida al niño, puede ser incluso más importante que la cantidad total de exposición al lenguaje.

El lenguaje dirigido al niño es solo una forma de pensar en la calidad del lenguaje que experimentan los bebés y los niños pequeños. Otra forma de percibir la calidad del lenguaje es a través del recuento de turnos de conversación entre niños y adultos. El

recuento de turnos es una medida de calidad importante porque capta el aspecto interactivo y de respuesta crítico de una conversación de ida y vuelta. Después de controlar el NSE, los niños pequeños que experimentaron más recuentos de turnos de conversación con los cuidadores tuvieron mayores puntuaciones de CI y habilidades lingüísticas posteriormente en la infancia a las edades de 9 y 13 años (Gilkerson *et al.*, 2018).



Figura 13.2.1: Cuidador sosteniendo a una niña pequeña. ([9])

Existen importantes diferencias tempranas en la cantidad y la calidad del lenguaje que experimentan los bebés y los niños pequeños más allá del nivel socioeconómico. La investigación ha descubierto que tanto la cantidad como la calidad de la exposición al lenguaje durante los tres primeros años de vida están relacionadas con las capacidades lingüísticas y cognitivas en la infancia posterior. Aunque los cuidadores deben considerar la posibilidad de aumentar la cantidad de lenguaje que experimentan sus bebés y niños pequeños, lo más importante es centrarse en varios aspectos cualitativos de sus interacciones lingüísticas. La siguiente sección presentará diversas estrategias que los cuidadores pueden utilizar para mejorar la cantidad y la calidad del lenguaje que comparten con los bebés y los niños pequeños.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Wordbank con licencia CC by 4.0

[2] Peter *et al.*, (2019). Does speed of processing or vocabulary size predict later language growth in toddlers? Cognitive Psychology, 115, 101238. CC by 4.0

[3] Dickinson *et al.*, (2012). How reading books fosters language development around the world. *Child Development Research.* CC by 3.0

[4] Imagen de Luiza Braun en Unsplash.

[5] Lew-Williams & Weisleder (2017). How do little kids learn language? *Frontiers in Young Minds*, 5(45). CC by 4.0

[6] Grolig (2020). Shared storybook reading and oral language development: A bioecological perspective. *Frontiers in Psychology, 11*, 1818. CC by 4.0

[7] Imagen adaptada de Lew-Williams & Weisleder (2017). How do little kids learn language? *Frontiers for Young Minds*, *5*, 45. CC by 4.0

[8] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0.

[9] Imagen de Luiza Braun en Unsplash.

13.2: Desarrollo del lenguaje y diferencias individuales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

SECTION OVERVIEW

13.3: Estrategias de apoyo al desarrollo del lenguaje

13.3.1: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- receptividad y sensibilidad

13.3.2: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- toma de turnos

13.3.3: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- protoconversaciones

13.3.4: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- habla dirigida al bebé

13.3.5: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- canto

13.3.6: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- atención conjunta

13.3.7: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- signos para bebés y lengua de señas

13.3.8: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura compartida

13.3.9: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura dialógica

13.3: Estrategias de apoyo al desarrollo del lenguaje is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.1: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- receptividad y sensibilidad

Receptividad y sensibilidad

La receptividad se refiere a la capacidad del cuidador para detectar y responder a las señales de comportamiento del niño durante las interacciones compartidas (Landry *et al.*, 2001). La sensibilidad hace referencia a los cuidadores que son conscientes y capaces de entender los comportamientos del niño y que responden a sus necesidades de manera oportuna y adecuada (Grossmann, Bretherton, Waters & Grossmann, 2013). Por lo tanto, la receptividad y la sensibilidad son constructos relacionados que, cuando se ponen en práctica, favorecen el desarrollo del lenguaje de los bebés y niños pequeños (Alvarenga *et al.*, 2021; Madigan *et al.*, 2019). [1]



Figura 13.3.1.1: Cuidador respondiendo al interés del bebé. ([2])

Los bebés y niños pequeños se benefician de la interacción con cuidadores sensibles y receptivos. Por ejemplo, eliminar la retroalimentación social de las interacciones entre los cuidadores y los bebés da lugar a un menor número de vocalizaciones por parte de los bebés de 5 meses (Goldstein, Schwade & Bornstein, 2009), mientras que proporcionar retroalimentación social en respuesta a las vocalizaciones de los bebés de 8 meses da lugar a un mayor número de vocalizaciones (Goldstein, King & West, 2003). Un estudio descubrió que, cuando los niños tenían 9 y 13 meses, la receptividad de los cuidadores predecía el momento en que los niños alcanzaban diversos hitos del lenguaje, como el momento en que los niños producían sus primeras palabras y sus primeras cincuenta palabras (Tamis-LeMonda, Bornstein & Baumwell, 2001). Tanto la receptividad como la sensibilidad del cuidador están relacionadas con el desarrollo de las capacidades de lenguaje expresivo en los niños pequeños (Bruce, Panneton & Taylor, 2022; Prime, Wade & González, 2020), y los niveles más altos de sensibilidad del cuidador durante la primera infancia están relacionados con mayores capacidades de comprensión del lenguaje en la infancia (Baumwell, Tamis-LeMonda & Bornstein, 1997). [3] [4]

Para apoyar el desarrollo del lenguaje, los cuidadores deben participar en sesiones de formación donde practiquen y mejoren su capacidad de proporcionar cuidados e interacciones sensibles y receptivas con los bebés y niños pequeños. Cuando los cuidadores reciben este tipo de formación, su capacidad de respuesta mejora y se relaciona con un incremento de las capacidades de comunicación de los bebés (Alvarenga *et al.*, 2021). Participar en interacciones sensibles y receptivas no solo requiere práctica, sino también tiempo ininterrumpido de concentración con los niños. Para ser receptivo, el cuidador debe prestar mucha atención a las señales del niño y, para ser sensible, debe responder a sus señales de forma oportuna y adecuada.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Caldas *et al.*, (2018) The socio-communicative development of preterm infants is resistant to the negative effects of parity on maternal responsiveness. *Frontiers in Psychology*, *9*, 43. CC by 4.0

[2] Imagen de Alina Ryabchenko en Unsplash.

[3] Marklund *et al.*, (2021). An association between phonetic complexity of infant vocalizations and parent vowel hyperarticulation. *Frontiers in Psychology*, 2873. CC by 4.0

[4] Dickinson *et al.*, (2012). How reading books fosters language development around the world. *Child Development Research*. CC by 3.0

13.3.1: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- receptividad y sensibilidad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.2: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- toma de turnos

Toma de turnos

Los bebés pasan gran parte de su tiempo despiertos en interacciones presenciales con sus cuidadores, y es este entorno de conversación presencial el que proporciona un contexto importante para que los bebés empiecen a adquirir el lenguaje. Además, antes de que los bebés adquieran el lenguaje, empiezan a interactuar en intercambios sociales con los cuidadores, caracterizados por patrones de toma de turnos, como los juegos de escondidas ("*peek-a-boo*") y las secuencias de interacción de dar y recibir (Bates, Camaioni & Volterra, 1975; Ratner & Bruner, 1978; Rochat, Querido & Striano, 1999). Estas interacciones mutuamente comprometidas pueden consistir en comportamientos en múltiples modalidades, como vocalizaciones, miradas y sonrisas. La toma de turnos en la conversación es importante durante la primera infancia, ya que sienta las bases del flujo y el patrón de las interacciones, pero sigue siendo importante durante la infancia y los años de preescolar, ya que la cantidad de turnos en los que los niños y los cuidadores participan está relacionada con el desarrollo del lenguaje y la función cerebral (Donnelly & Kidd, 2021; Romeo *et al.*, 2018, 2021). [1]

\



Figura 13.3.2.1: Un cuidador y un bebé participan en una interacción cara a cara por turnos ([2]

Hay muchas formas en que los cuidadores pueden participar en la toma de turnos con los niños. Las preguntas son una forma habitual de iniciar conversaciones de ida y vuelta (Gilkerson *et al.*, 2018; Rowe, Leech & Cabrera, 2017). Las preguntas pueden tener muchos formatos (Wasik & Hindman, 2013), como las abiertas (que no implican una única respuesta correcta y que probablemente requieran una respuesta de varias palabras) o las cerradas (una única respuesta correcta), y estas últimas incluyen las preguntas de etiqueta (¿Cómo se llama esto?) o las de sí/no (¿Es un perro?). Existen numerosas pruebas de que las preguntas en el aula son una poderosa herramienta para suscitar el lenguaje de los niños y fomentar la conversación. Las preguntas abiertas pueden ser relativamente poco frecuentes, representando aproximadamente solo el 5 % de las indicaciones de los cuidadores (Davis, Torr & Degotardi, 2015; Siraj-Blatchford & Manni, 2008). Curiosamente, Kidd y Rowland (2021) descubrieron que, con niños de dos y tres años, cuando se les presentaban oportunidades de conversación, los niños aportaban solo un tercio (37 %) de los turnos. Los cuidadores pueden intentar aumentar el número de intercambios de turnos durante las interacciones hablando de conceptos abstractos y no presentes (Leech & Rowe, 2021). [3]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Hilbrink *et al.*, (2015) Early developmental changes in the timing of turn-taking: a longitudinal study of mother–infant interaction. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1492. CC by 4.0

[2] Imagen de Marcin Jozwiak en Unsplash.

[3] Hindman *et al.*, (2021) Understanding child-directed speech around book reading in toddler classrooms: Evidence from early Head Start programs. *Frontiers in Psychology, 12*, 719783-719783. CC by 4.0

13.3.2: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- toma de turnos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.3: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- protoconversaciones

Protoconversaciones

Los bebés producen tanto vocalizaciones similares al habla (es decir, protófonos) como llantos desde el nacimiento (Nathani, Ertmer & Stark, 2006). Incluso antes de que los bebés produzcan sus primeras palabras, los cuidadores y los bebés muestran patrones de comunicación por turnos denominados “protoconversación” (Bateson, 1975; Trevarthen & Aitken, 2001). Las protoconversaciones implican la toma de turnos comunicativos entre los cuidadores y los bebés utilizando una variedad comunicativa como vocalizaciones, gestos, expresiones faciales y lenguaje. Los bebés de entre 3 y 5 meses producen más del 40 % de sus turnos en superposición con los cuidadores, mientras que esta proporción de superposición disminuye después de los 5 meses y se reduce a alrededor del 20 % a los 18 meses (Hilbrink, Gattis & Levinson, 2015). Las respuestas de los cuidadores (verbales o no verbales) a los protófonos de los bebés se producen con mayor frecuencia un segundo después de estos (Keller *et al.*, 1999; Yoo, Bowman & Oller, 2018). En consecuencia, las respuestas de los cuidadores a los protófonos parecen ofrecer una rica oportunidad de aprendizaje. A través de la protoconversación, los cuidadores desempeñan un papel fundamental para que los bebés aprendan el sistema de toma de turnos necesario para la comunicación (Hilbrink, Gattis & Levinson, 2015). Además, muchos estudios longitudinales han demostrado que los protófonos son la base del desarrollo del lenguaje (Koopmans-van Beinum & van der Stelt, 1986; Oller, 1980; Roug *et al.*, 1989; Stark, 1980). En resumen, la toma de turnos y las protoconversaciones tempranas favorecen el desarrollo del lenguaje al sentar las bases de la comunicación recíproca y destacan el papel de las interacciones sociales para apoyar el desarrollo del lenguaje (Donnelly & Kidd, 2021). [1]



Figura 13.3.3.1: Cuidador y bebé participando de una protoconversación. ([2])

Los cuidadores pueden utilizar las protoconversaciones para apoyar el desarrollo del lenguaje de las siguientes maneras:

- Reconocer que los protófonos ofrecen una oportunidad especial para establecer un vínculo con el bebé y son importantes para el desarrollo inicial del habla.
- Incluso antes de que las vocalizaciones del bebé empiecen a sonar como un discurso, entablar con él protoconversaciones.
- Una protoconversación implica una toma de turnos contingente y bidireccional, así que asegúrese de dejar un tiempo dedicado al bebé en el que pueda responder a su comunicación rápidamente y continuar la conversación por turnos.
- El hecho de que el cuidador participe en la asociación comunicativa afecta positivamente la cantidad y calidad de las vocalizaciones del bebé (Goldstein & Schwade, 2008).

- Hay varias formas de responder a las vocalizaciones del bebé, como el contacto físico, las vocalizaciones, el habla y las expresiones faciales. En cuanto a las respuestas vocales y del habla, se ha observado que los cuidadores utilizan principalmente afirmaciones e imitaciones con los bebés pequeños, y luego amplían sus respuestas para incluir expansiones, descripciones y preguntas a medida que aumentan las capacidades de los niños (Tamis-LeMonda, Bornstein & Baumwell, 2001).

Esto demuestra que los cuidadores son sensibles a las capacidades vocales del bebé y responden en consecuencia, fomentando así su desarrollo vocal.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Yoo *et al.*, (2018). The origin of protoconversation: An examination of caregiver responses to cry and speech-like vocalizations. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1510. CC by 4.0

[2] Imagen de Raul Angel en Unsplash.

13.3.3: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- protoconversaciones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.4: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- habla dirigida al bebé

Habla dirigida al bebé

Cuando los cuidadores interactúan con los bebés, su habla suele adoptar rasgos específicos y distintivos en un registro de habla conocido como habla dirigida al bebé (Ferjan Ramírez, 2022; Fernald *et al.*, 1989). El habla dirigida al bebé es producida por cuidadores de la mayoría (aunque no de todos) los orígenes lingüísticos y culturales, y se caracteriza típicamente por una cadencia lenta, melódica, aguda y exagerada (Farran, Lee, Yoo & Oller, 2016; Fernald *et al.*, 1989; Kitamura, Thanavishuth, Burnham & Luksaneeyanawin, 2001; Pye, 1986; Shute & Wheldall, 1999). Desde los primeros años de vida, los bebés sintonizan su atención con el habla dirigida al bebé, prefiriendo escuchar el habla dirigida al bebé sobre el habla dirigida al adulto, tanto al nacer (Cooper & Aslin, 1990) como más adelante en la primera infancia (Cooper & Aslin, 1994; Cooper, Abraham, Berman & Staska, 1997; Fernald, 1985; Hayashi, Tamekawa & Kiritani, 2001; Kitamura & Lam, 2009; ManyBabies Consortium, 2020; Newman & Hussain, 2006; Pegg, Werker & McLeod, 1992; Santesso, Schmidt & Trainor, 2007; Singh, Morgan & Best, 2002). [1]

La preferencia de los bebés por el habla dirigida a ellos puede desempeñar un papel útil en el aprendizaje temprano del lenguaje. Por ejemplo, los bebés son más capaces de discriminar los sonidos en el habla dirigida a ellos que en el habla dirigida a los adultos (Karzon, 1985; Trainor & Desjardins, 2002), segmentan más eficazmente las palabras del habla continua en un registro del habla dirigida a ellos (Thiessen, Hill & Saffran, 2005), demuestran una mejor memoria a largo plazo para las palabras pronunciadas en el habla dirigida a ellos (Singh, Nestor, Parikh & Yull, 2009), y aprenden nuevas palabras más eficazmente del habla dirigida a ellos (Graf Estes & Hurley, 2013; Ma, Golinkoff, Houston & Hirsh-Pasek, 2011). La cantidad global de habla dirigida al bebé en la entrada del habla cotidiana entre los 7 y 11 meses se correlaciona positivamente con los resultados del lenguaje a los cinco años de edad (Weisleder & Fernald, 2013), y la cantidad de habla dirigida al bebé en un entorno individual entre los 11 y 14 meses de edad se correlaciona con el vocabulario productivo a los 24 meses (Ramírez-Esparza, García-Sierra & Kuhl, 2014; 2017a), así como con la producción de palabras a los 33 meses (Ramírez-Esparza *et al.*, 2017b). [2] [3]

Referencia

[1] Byers-Heinlein *et al.*, (2021). A multilab study of bilingual infants: Exploring the preference for infant-directed speech. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, *4*(1), 2515245920974622. CC by 4.0

[2] Byers-Heinlein *et al.*, (2021). A multilab study of bilingual infants: Exploring the preference for infant-directed speech. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, *4*(1), 2515245920974622. CC by 4.0

[3] Marklund *et al.*, (2021) Relationship between parents' vowel hyperarticulation in infant-directed speech and infants' phonetic complexity on the level of conversational turns. *Frontiers in Psychology*, *12*, 2712. CC by 4.0

13.3.4: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- habla dirigida al bebé is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.5: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- canto

Canto

Mientras que el habla dirigida al bebé ha sido ampliamente investigada, la investigación sobre el canto dirigido al bebé y su relación con el desarrollo del lenguaje está ganando más atención (Falk & Tsang, 2020; Papadimitriou *et al.*, 2021). En la mayoría de las culturas, los cuidadores cantan de forma natural a los bebés a lo largo del día (Fernald, 1992; Hilton *et al.*, 2022; Trehub & Trainor, 1998; Yan *et al.*, 2021). De hecho, un estudio capturó grabaciones de audio de un día de duración de treinta y cinco bebés de 6 a 12 meses y descubrió que el 100 % de los bebés escuchaban tanto música en vivo como grabada (Mendoza & Fausey 2021). Sin embargo, no todos los niños están expuestos al canto a diario. A nivel nacional, en EE. UU. solo se canta a diario al 57,4 % de los bebés y niños pequeños (Keating, 2021). Si se compara la prevalencia del canto diario con bebés y niños pequeños en los Estados Unidos, Texas tiene la prevalencia más baja (47,6 %), Alaska la más alta (72,3 %) y California está justo por debajo de la media nacional (56,4 %) (Keating, 2021). Al igual que el habla dirigida al bebé, el canto dirigido al bebé se caracteriza por un tono más alto y un tempo más lento que las versiones no dirigidas al bebé de las mismas canciones por los mismos cantantes (Trainor, Clark, Huntley & Adams, 1997; Trehub, Hill & Kamenetsky, 1997; Trehub *et al.*, 1998). [1] [2] [3]

Dos tipos comunes de canciones para bebés y niños pequeños son las canciones de cuna y las canciones de juego. En consonancia con su función tranquilizadora, las canciones de cuna presentan un tempo muy lento, un tono bajo, contornos de tono descendente, una variación de amplitud limitada y un tono de voz tranquilizador (Trehub, Trainor & Unyk, 1993; Trehub & Trainor, 1998; Unyk, Trehub, Trainor & Schellenberg, 1992), propiedades que comparten con el habla tranquilizadora dirigida a los niños. Aunque las canciones de juego se cantan habitualmente a los bebés occidentales, a diferencia de las canciones de cuna, no son universales (Trehub & Trainor, 1998). Ejemplos de canciones de juego son “El viejo MacDonald tenía una granja”, “Cinco monitos saltando en la cama” y “Las ruedas en el autobús”.[4]



Figura 13.3.5.1: Cuidador cantando con un bebé. (Derechos de autor; autor a través de la fuente)

Las investigaciones indican que los bebés encuentran el canto dirigido a ellos más atractivo y prefieren escucharlo en comparación con el canto no dirigido a ellos (Masataka, 1999; Nakata & Trehub, 2004; Trainor, 1996; Tsang, Falk & Hessel, 2017). Cantar canciones de cuna a los bebés, incluso canciones de cuna desconocidas en un idioma desconocido, ayuda a los bebés a relajarse y a entrar en un estado más tranquilo (Bainbridge *et al.*, 2021). Las canciones permiten a los bebés aprovechar las señales acústicas de los límites dentro de las melodías de las canciones para organizar una canción continua en partes estructuralmente relevantes y reconocer diferentes frases mientras se desarrolla la canción. Por ejemplo, los bebés de seis meses son capaces de segmentar las canciones infantiles en frases (Hahn, Benders, Snijders & Fikkert, 2020). Ya antes de su primer cumpleaños los bebés pueden reconocer los cambios en el orden de las sílabas en las canciones (François *et al.*, 2017; Lebedeva & Kuhl, 2010; Suppanen,

Huotilainen, & Ylinen, 2019; Thiessen & Saffran, 2009), diferenciar entre las canciones que riman y las que no riman (Hahn, Benders, Snijders, & Fikkert, 2018) y aprender palabras novedosas que se repiten en la letra de las canciones (Snijders, Benders, &

Fikkert, 2020). Además, el canto dirigido al bebé está relacionado al desarrollo posterior del lenguaje. Específicamente, los niveles más altos de canto dirigido al bebé se relacionan con mayores habilidades de comprensión del lenguaje en los bebés y con habilidades lingüísticas posteriores en la infancia (Franco *et al.*, 2020; Papadimitriou *et al.*, 2021; Schaal *et al.*, 2020). [5] [6]

Las respuestas neuronales tempranas de los recién nacidos al canto predicen el desarrollo posterior del lenguaje a los 18 meses (François *et al.*, 2017). Incluso una intervención breve, de un mes de duración, a los nueve meses de edad, se asoció con respuestas neuronales mejoradas para el procesamiento de la estructura temporal tanto en contextos musicales como del habla, en comparación con un grupo de control (Zhao & Kuhl, 2016). Esta investigación sugiere que la detección y predicción de patrones auditivos, habilidades cruciales tanto para la música como para el habla, se vieron afectadas positivamente por las actividades musicales tempranas. [7]

Al igual que el habla dirigida al bebé, el canto dirigido al bebé es más atractivo y tiene el potencial de influir positivamente en el desarrollo del lenguaje de los niños. Los cuidadores pueden aprovechar el poder del canto al incluirlo en una serie de actividades. Aunque es habitual cantar para calmar al niño o mientras se lo pone a dormir, los cuidadores pueden incluir el canto en las rutinas y actividades diarias, y crear canciones cortas en el momento.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Franco *et al.*, (2020). Singing to infants matters: Early singing interactions affect musical preferences and facilitate vocabulary building. *Journal of Child Language*, 1-26. CC by 4.0

[2] Yan *et al.*, (2021, preimpresión). Across demographics and recent history, most parents sing to their infants and toddlers daily. CC by 4.0

[3] Corbeil *et al.*, (2013). Speech vs. singing: Infants choose happier sounds. *Frontiers in Psychology, 4*, 372. CC by 4.0

[4] Corbeil *et al.*, (2013). Speech vs. singing: Infants choose happier sounds. *Frontiers in Psychology, 4*, 372. CC by 4.0

[5] Corbeil *et al.*, (2013). Speech vs. singing: Infants choose happier sounds. *Frontiers in Psychology, 4*, 372. CC by 4.0

[6] Hahn *et al.*, (2020). Six-month-old infants recognize phrases in song and speech. *Infancy*, *25*(5), 699-718. CC by 4.0

[7] Franco *et al.*, (2020). Singing to infants matters: Early singing interactions affect musical preferences and facilitate vocabulary building. *Journal of Child Language*, 1-26. CC by 4.0

13.3.5: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- canto is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.6: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- atención conjunta

Atención conjunta

La atención conjunta se refiere a un enfoque compartido entre un cuidador y un niño (que incluye la mirada, el señalamiento y la atención visual). La atención conjunta es una característica importante del desarrollo del lenguaje porque una vez que se comparte la atención conjunta, el cuidador y el niño tienen un contexto comunicativo en el que se puede comunicar eficazmente la información sobre objetos o acontecimientos del entorno. [1]



Figura 13.3.6.1: Cuidador y niño pequeño prestando atención conjunta ([2])

Durante los dos primeros años de vida del niño, se cree que la atención conjunta surge gradualmente en interacción con el desarrollo emocional y social del niño, además de ser el resultado del desarrollo cognitivo que implica habilidades como el procesamiento, la atención y la autorregulación (Morales *et al.*, 2000). Ya en los primeros cuatro meses de vida, los bebés comienzan a participar con sus cuidadores en periodos sostenidos de mirada fija mutua o cara a cara (Johnson & de Haan, 2011). Entre los 9 y los 12 meses, los niños empiezan a explorar más su entorno. En este punto, la atención diádica cambia a la atención triádica en la que el cuidador y el niño empiezan a coordinar y dividir sistemáticamente su atención entre los objetos o eventos del entorno y entre ellos (Carpenter *et al.*, 1998); Wille, Van Lierde & Van Herreweghe, 2019). Sin embargo, hay que señalar que estos episodios de atención conjunta triádica no se producen con frecuencia hasta que los niños tienen entre 15 y 18 meses de edad (Carpenter *et al.*, 1998). [1]

La atención conjunta está relacionada con el desarrollo del lenguaje. Se ha informado que la capacidad de los niños para responder a las invitaciones de atención conjunta de su cuidador a los 6, 8, 10 y 18 meses de edad predice la dimensión del vocabulario a los 30 meses de edad (Morales *et al.*, 2000). Curiosamente, también hay algunas pruebas que sugieren que responder a la atención conjunta puede predecir la dimensión del vocabulario receptivo, y que iniciar la atención conjunta puede predecir la dimensión del vocabulario expresivo (Markus *et al.*, 2001; Mundy, Fox & Card, 2003; Mundy & Gomes, 1998). El comportamiento en cuanto al seguimiento de la mirada a los 10 u 11 meses predijo el vocabulario receptivo a los 14 y 18 meses (Brooks & Meltzoff, 2005). Además, la capacidad de respuesta de los bebés nacidos a término a las alternancias de la mirada en las interacciones triádicas a los 9 meses y el inicio de las interacciones triádicas a los 14 meses se correlacionaron positivamente con el lenguaje posterior, de manera que los bebés con mayor capacidad de respuesta a los cambios de la mirada tuvieron mejores puntuaciones de lenguaje receptivo y expresivo a los 30 meses (De Schuymer *et al.*, 2011). Las diferencias individuales en la respuesta a la atención conjunta

a los 9 y 12 meses y en el inicio de la atención conjunta a los 18 meses predijeron el lenguaje expresivo a los 24 meses (Mundy *et al.*, 2007). [4] [3]



Figura 13.3.6.2: Cuidador y niña pequeña prestando atención conjunta. ([4])

Una de las razones por las que la atención conjunta está relacionada con el desarrollo del lenguaje es porque la atención compartida hacia un objeto permite que el lenguaje se asigne más fácilmente a este. Por ejemplo, si un cuidador y un bebé ponen atención de forma conjunta al mismo objeto, como un dinosaurio, cuando el cuidador utiliza la palabra “dinosaurio” se crea un vínculo claro entre el objeto (dinosaurio) y su etiqueta lingüística.

Aunque la atención conjunta es una actividad natural para los cuidadores, se requiere una inversión de tiempo ininterrumpido para comprometerse realmente con los bebés y los niños pequeños. Gran parte del tiempo de los cuidadores puede dedicarse a las rutinas de cuidado, la preparación y la limpieza, por lo que puede ser un reto reservar tiempo para la atención conjunta. Para que se produzca la atención conjunta, los cuidadores deben estar plenamente presentes en sus interacciones con los niños, ya que comparten la atención conjunta a través de la mirada, la atención visual y el señalamiento, a menudo acompañados del tacto físico y el lenguaje. Un estudio descubrió que, en 200 niños pequeños grabados durante veinte minutos mientras asistían a programas de cuidado grupal, un tercio de los niños no participaba en ninguna actividad de atención conjunta con los cuidadores (Smith, 1999). Cuando los cuidadores practican la lectura de las señales comunicativas y practican la atención conjunta con los bebés y niños pequeños, mejoran su capacidad de compartir la atención conjunta con los niños (Cain, Rudd & Saxon, 2007; Gouri-Guberman, 2015; Rudd, Cain & Saxon, 2008). Una de las razones por las que la atención conjunta puede ser beneficiosa es que aumenta la cantidad de tiempo que los bebés prestan atención a algo, como un objeto. Durante los momentos de atención conjunta, los cuidadores pueden aumentar la atención de un bebé hablando y manipulando manualmente el objeto en el que el bebé está interesado (Suárez-Rivera, Smith & Yu, 2019).

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Lammertink *et al.*, (2022). Joint attention in the context of hearing loss: A meta-analysis and narrative synthesis. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *27*(1), 1-15. CC by 4.0

[2] Imagen de Kenny Krosky en Unsplash.

[3] Çetinçelik *et al.*, (2021). Do the eyes have it? A systematic review on the role of eye gaze in infant language development. *Frontiers in Psychology*, *11*, 3627. CC by 4.0

[4] Imagen de Praveen kumar Mathivanan en Unsplash.

13.3.6: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- atención conjunta is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.7: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- signos para bebés y lengua de señas

Signos para bebés y lengua de señas

Los signos para bebés son gestos creados para proporcionar una forma temprana de comunicación a los cuidadores con los bebés y niños pequeños, y para adquirir una visión y un respeto por las capacidades comunicativas subestimadas de los niños antes de que puedan hablar (Vallotton, 2008; 2011). El sistema de signos para bebés no es un sistema completo y no es lo mismo que la lengua de señas. Los signos para bebés se crearon como medio para facilitar la comunicación, ya que la comunicación manual suele preceder a la producción del lenguaje hablado (Goldin-Meadow, Goodrich, Sauer e Iverson, 2007). Los signos para bebés se suelen utilizar mientras se utiliza simultáneamente una lengua hablada y no marcan cada palabra pronunciada en una frase. Por ejemplo, si un cuidador pregunta a un bebé: “¿Quieres más? ”, se utilizará el signo para 'más' cuando se pronuncie la palabra hablada 'más'.

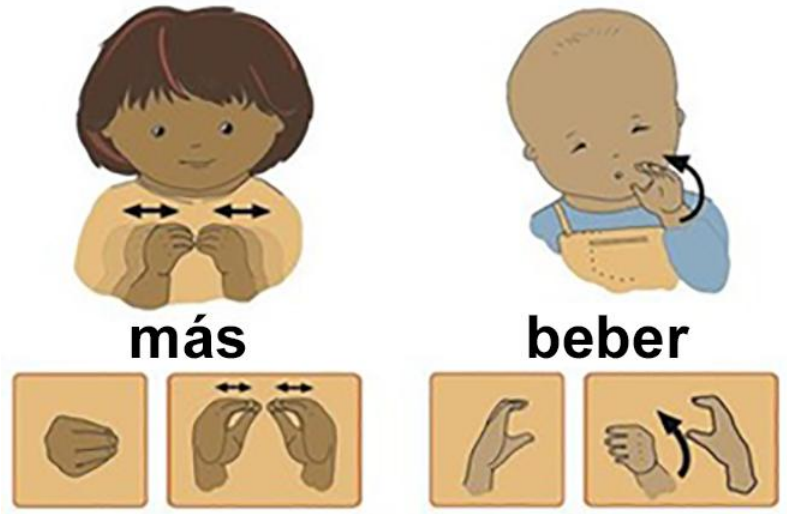


Figura 13.3.7.1: Signos de “más” y “bebida”. ([1])

En comparación con los signos para bebés, las lenguas de señas son sistemas lingüísticos completos creados de forma natural por las personas sordas. Aunque siguen existiendo ideas erróneas sobre las lenguas de señas, hay que conocer algunos datos: [2]

- Las lenguas de señas son sistemas lingüísticos complejos con propiedades lingüísticas similares a las de las lenguas habladas (Sandler, 2017; Woll, 2013).
- La mayoría de los países tienen su propia lengua de señas (Jepsen, De Clerck, Lutalo-Kiingi & McGregor, 2015), como la *American Sign Language* en Estados Unidos, la Lengua de Señas Mexicana en México y la *Nederlandse Gebarentaal*, la principal lengua de señas utilizada en los Países Bajos.
- Los bebés y niños pequeños que aprenden una lengua de señas como lengua materna muestran patrones de adquisición y alcanzan hitos similares a los niños que aprenden una lengua hablada (Caselli, Lieberman & Pyers, 2020; Lillo-Martin & Henner, 2021; MacDonald *et al.*, 2018). Sistemas neuronales similares apoyan el procesamiento de las lenguas habladas y de señas (Corina y McBurney, 2001; MacSweeney, Capek, Campbell & Woll, 2008).

Después de que las primeras investigaciones informaran que los hijos muy pequeños de padres sordos solían alcanzar los primeros hitos de la lengua de señas a edades más tempranas que los niños que aprendían una lengua hablada (Bellugi, & Klima, 1982; Bonvillian, Orlansky & Novack, 1983; McIntire, 1977), otros investigadores comenzaron a estudiar el aprendizaje de signos o gestos simbólicos por parte de los hijos pequeños de padres oyentes (Acredolo & Goodwyn, 1996; Goodwyn & Acredolo, 1993, 1998). En esta investigación, los bebés a los que se les enseñó un conjunto de “signos para bebés” adquirieron normalmente los signos más rápido que los bebés entrenados en el habla adquirieron un conjunto de palabras habladas. Los investigadores atribuyeron la lentitud de los niños en la adquisición de palabras habladas a las dificultades y complejidades que conlleva la producción del lenguaje hablado en las primeras etapas del desarrollo. En otras palabras, la capacidad física de un niño para producir el habla o controlar los músculos necesarios para producir habla reconocible parece quedarse atrás de la capacidad física del niño para controlar los movimientos de brazos y manos necesarios para producir signos reconocibles. Los niños del grupo entrenado en signos mostraron una ventaja a largo plazo en una serie de medidas de desarrollo del lenguaje a lo largo de la infancia

temprana, así como mayores puntuaciones de CI en la edad escolar (Acredolo, Goodwyn, & Abrams, 2002; Goodwyn, Acredolo, & Brown, 2000). Estos resultados indican que los signos tempranos o la gesticulación simbólica no dificulta el desarrollo verbal y, de hecho, puede potenciarlo. [3]

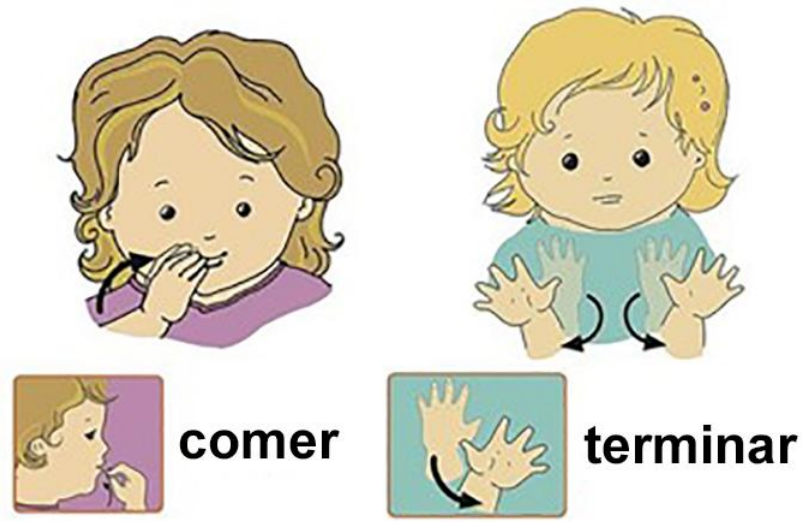


Figura 13.3.7.2: Señales para “comer” y “terminar”. ([4])

En otra investigación, se realizó un seguimiento de cuarenta bebés desde los ocho hasta los veinte meses de edad, en el que la mitad de las madres modelaron signos o gestos de un número limitado de signos establecidos como objetivo, mientras que la mitad restante de las madres se enfocó en el aporte de lenguaje hablado (Kirk, Howlett, Pine & Fletcher, 2013). Las madres en las condiciones de aportes de signos/gestos se volvieron más sensibles a las señales no verbales de sus bebés que las madres en la condición de solo habla. Numerosos estudios han demostrado que el uso de los signos para bebés está relacionado con una mayor capacidad de respuesta por parte de los cuidadores y ayuda a que los bebés y los cuidadores estén más sincronizados entre sí cuando interactúan (Góngora & Farkas, 2009; Norman & Byrne, 2021; Olson & Masur, 2013; Paul *et al.*, 2019; Vallotton, 2009; 2012; Zammit & Atkinson, 2017). Esta mayor sensibilidad a las señales no verbales de los bebés puede ser un beneficio importante del aporte de signos, ya que dicha sensibilidad puede contribuir a estrechar el vínculo entre el cuidador y el bebé. [3]

En un intento de explicar los resultados positivos asociados a los signos para bebés en su investigación, Goodwyn y Acredolo sugirieron que los gestos simbólicos o las señas de los niños pueden haber provocado más aportes de lenguaje hablado por parte de los padres de los niños, así como haber indicado a los padres los temas específicos en los que los niños estaban interesados. Sin embargo, existen otras interpretaciones posibles. Una de ellas es que la combinación de entrada de lenguaje con signos y lenguaje hablado puede facilitar la producción vocal de los bebés con desarrollo típico, como ocurre con muchos niños con síndrome de Down (Özçalişkan *et al.*, 2016) o autismo (Özçalişkan *et al.*, 2017). Una segunda posibilidad es que, dado que los “signos para bebés” suelen implicar que los cuidadores produzcan signos solo para las palabras clave de sus enunciados, esta combinación de signos y lenguaje hablado puede ayudar a los bebés a segmentar el flujo del habla haciendo que las palabras con signos sean más prominentes, facilitando así su adquisición (Mueller & Acosta, 2015). [3]



Figura 13.3.7.3: Signos de “cansado” y “herido” ([5])

Junto con la afirmación de que puede fomentar un desarrollo más rápido del lenguaje hablado, el uso temprano de los signos también se ha asociado con menos rabietas y con rabietas menos graves en la infancia y la niñez temprana (Acredolo *et al.*, 2002). Esta afirmación sobre la mejora del comportamiento social se ve respaldada por un estudio sobre bebés oyentes a los que se les enseñaron signos manuales en una etapa temprana de su vida. Una vez que estos bebés adquirieron habilidades mínimas de signos funcionales, su incidencia de llanto y quejas disminuyó considerablemente (Thompson *et al.*, 2007). [3]

Los cuidadores pueden aprender fácilmente los signos básicos y utilizarlos con los bebés y niños pequeños. No es necesario utilizar los signos para bebés en sí mismos. Los signos para bebés se basan en el lenguaje de señas y suelen requerir compras innecesarias. Los signos para bebés se modifican a veces para que sean más fáciles de producir manualmente para los niños pequeños, pero estos adquieren de forma nativa los lenguajes de signos y producen de forma natural signos que los cuidadores pueden entender, aunque no sean réplicas exactas de los de los adultos. Dos recursos gratuitos para aprender los signos son Lifeprint, creado por el Dr. Bill Vicar, y el Banco de Signos ASL.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Michael D. Fetters con licencia CC by SA 3.0

[2] Corina *et al.*, (2013). Cross-linguistic differences in the neural representation of human language: Evidence from users of signed languages. *Frontiers in Psychology, 9*, 43. CC by 4.0

[3] Bonvillian *et al.*, (2020). *Simplified signs: A manual sign-communication system for special populations*. Cambridge, UK: Open Book Publishers. CC by 4.0

[4] Imagen de Michael D. Fetters con licencia CC by SA 3.0

[5] Imagen de Michael D. Fetters con licencia CC by SA 3.0

13.3.7: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- signos para bebés y lengua de señas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.8: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura compartida

Lectura compartida

¿Es importante leer libros con los bebés y niños pequeños? Lo más probable es que haya respondido rápidamente a esta pregunta con un rotundo "¡sí!". Aunque la mayoría de la gente está de acuerdo en que la lectura con los niños pequeños es una actividad importante, solo al 37,2 % de los bebés y niños pequeños a nivel nacional se les lee todos los días (Keating *et al.*, 2021). La lectura es tan importante porque maximiza los tipos de experiencias que predicen óptimamente el aprendizaje del lenguaje. En un estudio realizado con 547 niños de entre 1 y 2 años de edad, se descubrió que los niños a los que se les leía durante al menos once minutos al día tenían mejores habilidades de lectura, ortografía y gramática tanto en el tercer grado como en el quinto grado (Brown, Wang & McLeod, 2022). Hay al menos tres formas en las que la lectura de libros influye en el aprendizaje del lenguaje: [1]

- En primer lugar, ofrece a los niños la oportunidad de escuchar nuevos elementos de vocabulario integrados en oraciones gramaticales variadas. Los libros escritos para niños utilizan frases bien formadas, relativamente cortas y ricas en vocabulario variado. Además, los libros suelen utilizar las mismas palabras en diversas construcciones gramaticales, lo que ofrece lecciones implícitas sobre el uso de las palabras. Los textos de los libros suelen tener más palabras de uso menos habitual que el lenguaje hablado (Dickinson & Tabors, 2001), y los libros fomentan el uso de una gama más amplia de palabras que la que se daría en las conversaciones cotidianas. De hecho, la lectura compartida es un sólido factor de predicción de las capacidades de vocabulario y comprensión lectora de los niños (Demir-Lira, Applebaum, Goldin-Meadow & Levine, 2019; Sénéchal, 2011). [1]
- La segunda forma en que la lectura de libros enriquece el desarrollo del lenguaje de los niños es que promueve la atención y el interés conjuntos. Considere todas las formas en que los libros ayudan a los niños a mantener su atención. Los libros infantiles suelen utilizar colores llamativos y fuertes contrastes y suelen representar objetos y animales ilustrados que atraen a los niños pequeños. Una página de un libro proporciona un claro foco de atención y, a diferencia de los juguetes móviles como pelotas y camiones, los libros se sostienen y permanecen relativamente inmóviles. Un adulto atento puede darse cuenta fácilmente de lo que el niño está observando y ampliarlo con comentarios. A su vez, los niños son capaces de llamar la atención de un adulto sobre las zonas interesantes de las imágenes utilizando una amplia gama de señales que incluyen gestos, sonidos y palabras. Así, la atención puede ser gestionada tanto por el niño como por el adulto. [1]
- Por último, la lectura de libros ayuda a los niños a aprender el lenguaje porque requiere que los participantes, tanto el cuidador como el niño, sean activos y participen en interacciones receptivas sobre el significado de las palabras. Es una oportunidad para que el cuidador se centre en el niño y se esfuerce por responder a sus intereses. Cuando los cuidadores y los niños pequeños se comunican durante la lectura de un libro y se alejan del texto, están participando en una actividad rica en lenguaje que produce un vocabulario aún más variado y diversas estructuras oracionales (Arnold, D. H., Lonigan, Whitehurst & Epstein, 1994; Whitehurst *et al.*, 1988). La lectura dialógica se produce cuando los adultos siguen el interés del niño y entablan una conversación sobre el material de la página impresa o sobre las experiencias que el niño ha tenido y que se relacionan con la historia. La lectura de libros se convierte en una experiencia "cercana y personal" cuando se lleva a cabo de esta manera y rinde al máximo en el aprendizaje del lenguaje (Valdez-Menchaca & Whitehurst, 1992). [1]

Además, la frecuencia de la lectura compartida, la edad a la que los cuidadores comienzan a leer a los niños y la lectura repetida de libros son factores importantes que fomentan los beneficios de la lectura compartida para el desarrollo del lenguaje.

La importancia de la frecuencia de la lectura para los niños desde el nacimiento hasta los tres años se revela claramente en numerosos estudios (Rodríguez & Tamis-LeMonda, 2011). Solo la lectura de un libro ilustrado cada día puede conducir a un aumento de aproximadamente 78 000 palabras cada año (Logan, Justice, Yumus & Chaparro-Moreno, 2019). Los resultados de un amplio estudio encontraron que la lectura diaria de libros por parte de cuidadores a los bebés de 14 meses estaba relacionada con el vocabulario y la comprensión del lenguaje a los 14 y 24 meses (Raikes *et al.*, 2006). Un estudio longitudinal centrado en 1046 niños examinó las capacidades lingüísticas y cognitivas a los 14, 24 y 36 meses de edad (Rodríguez *et al.*, 2009). Las experiencias de alfabetización en cada una de las tres edades estaban relacionadas con las habilidades lingüísticas y cognitivas a los tres años de edad.[1]



Figura 13.3.8.1: Un niño mirando una colección de libros. ([2])

También hay pruebas de que la edad a la que los padres empiezan a leer a los niños es importante. En un estudio de observación, se descubrió que los niños de los hogares en los que se leía con niños de tan solo ocho meses tenían un mayor desarrollo temprano del lenguaje (Debaryshe, 1993). En un estudio de intervención, se compararon los efectos de la lectura interactiva cuando los bebés tenían 4 meses y cuando tenían 8 meses. Solo la condición con bebés de más edad fue efectiva y se observó una mejora en las habilidades lingüísticas cuando los bebés tenían 12 y 16 meses (Karrass & Braungart-Rieker, 2005). [1]

Las lecturas repetidas de los mismos libros también pueden aumentar la participación de los niños (Fletcher y Jean-Francois, 1998; Morrow, 1988) y mejorar su aprendizaje del lenguaje a través de la lectura compartida (Snow & Goldfield, 1983). Los niños que leen un libro conocido hablan más que cuando leen un libro novedoso (Fletcher & Reese, 2005). Además, los padres y los niños hablan más de contenidos relacionados o de sus propias experiencias cuando releen el mismo libro, lo que también aumenta el conocimiento del mundo para los niños (Haden *et al.*, 1996; Hayden & Fagan, 1987). En el caso de los niños con menores capacidades lingüísticas, las lecturas repetidas del mismo libro aumentan la participación en comparación con las lecturas de libros diferentes (Morrow, 1988). Las lecturas repetidas proporcionan múltiples oportunidades para la imitación repetida (Ninio, 1983) y el procesamiento de palabras novedosas en un contexto significativo (Sénéchal, 1997), ya que los libros contienen más palabras únicas en comparación con el habla dirigida a los niños (Montag, Jones & Smith, 2015). En los estudios experimentales, se ha corroborado que el vocabulario expresivo de los niños aumenta después de dos o más lecturas del mismo libro, mientras que una sola lectura no suele suponer un aumento significativo del vocabulario (Horst, Parsons & Bryan, 2011; McLeod & McDade, 2011; Sénéchal & Cornell, 1993; Sénéchal, 1997;). [3]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Dickinson *et al.*, (2012). How reading books fosters language development around the world. *Child Development Research.* CC by 3.0

[2] Imagen de Brina Blum en Unsplash.

[3] Grolig (2020). Shared storybook reading and oral language development: A bioecological perspective. *Frontiers in Psychology, 11*, 1818. CC by 4.0

13.3.8: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura compartida is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.3.9: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura dialógica

Lectura dialógica

Imagine que se sienta a leer un libro con un niño pequeño. Abre el libro y la Figura 13.3.9.1 muestra lo que hay en la primera página. Dedique un momento a observar la página de la Figura 14.3.9.1 y piense en cómo leería esta página con un niño pequeño.

\



Figura 13.3.9.1: Una página de un libro infantil. [1]

Muchos de nosotros leemos libros con los niños centrándonos en el texto. Leer las palabras de las páginas es un buen comienzo, pero puede haber mucho más para discutir. Se ha comprobado que la variación en la forma de leer y discutir los libros es importante. Ninio (1980) examinó las interacciones entre los cuidadores israelíes y los bebés de entre 17 y 22 meses de edad. Los cuidadores solían utilizar una de tres rutinas de interacción, haciendo uno de dos tipos de preguntas “¿Qué es eso? ”, “¿Dónde está eso? ”, o simplemente nombrando los objetos. En un amplio estudio sobre los enfoques de lectura de 126 cuidadores, se descubrió una gran variabilidad en la forma de leer a los niños a la edad de 7 y 24 meses (Britto, Brooks-Gunn & Griffin, 2006). El estilo de lectura del cuidador estaba relacionado con el desarrollo del lenguaje, y los niños mostraban un mayor desarrollo del lenguaje cuando se les animaba a participar en la lectura y se les apoyaba en su comprensión; sin embargo, este estilo de lectura solo se vio en 30 de los 126 cuidadores. [2]

Uno de los métodos más comunes para mejorar la lectura de los cuidadores con los niños pequeños es la lectura dialógica, ya que no se suele aplicar cuando los cuidadores leen con los bebés y los niños pequeños (Huebner & Meltzoff, 2005). Para animar a los cuidadores a entender que la lectura debe ser algo más que las palabras en las páginas, la lectura con los bebés y niños pequeños se percibe mejor como una interacción entre el cuidador, el niño y el libro. La percepción de la lectura de un libro como algo más que una interacción suele denominarse “lectura dialógica”. La lectura dialógica utiliza técnicas que animan al cuidador a responder con conversaciones que siguen el interés y la dirección del niño. La lectura dialógica suele incluir reestructuraciones, ampliaciones y preguntas abiertas, y todo esto ha demostrado tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje del niño (Baker & Nelson, 1984; Cleave *et al.*, 2015; Farrar, 1990; Girolametto & Weitzman, 2002; Huttenlocher *et al.*, 2010; Nelson, 1977). En un metaanálisis de la lectura dialógica, se descubrió que esta pierde su valor con los niños mayores (Mol, Bus, De Jong & Smeets, 2008). Puede ser que este método sea el más adecuado para la lectura de libros con bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar. [2] [3]

\



Figura 13.3.9.2: Cuidador leyendo con dos niños pequeños. ([1])

Una de las razones por las que la lectura dialógica es tan beneficiosa para el desarrollo del lenguaje de los niños es porque implica prácticas que potencian el lenguaje de calidad. Por ejemplo, el discurso dirigido a los niños durante la lectura interactiva y compartida de libros contiene niveles más altos de diversidad sintáctica y léxica que el discurso al que están expuestos los niños durante las actividades basadas en el juego (Cameron-Faulkner & Noble, 2013; Demir-Lira, Applebaum, Goldin-Meadow & Levine, 2019; Noble *et al.*, 2018; Salo, Rowe, Leech & Cabrera, 2016), y los altos niveles de diversidad sintáctica y léxica en el habla dirigida a los niños están vinculados a niveles más altos de diversidad sintáctica y léxica en el habla de los niños (Huttenlocher *et al.*, 2002). Además, se ha comprobado que la lectura interactiva y compartida de libros fomenta mayores niveles de atención conjunta, capacidad de respuesta y conversación contingente, todo lo cual ha demostrado apoyar el desarrollo del lenguaje (Carpenter *et al.*, 1998; Farrant & Zubrick, 2013; McGillion, Pine, Herbert & Matthews, 2017; Tomasello & Farrar, 1986). También anima al cuidador a utilizar otras prácticas de fomento del lenguaje, que se ha demostrado que favorecen el desarrollo del lenguaje de los niños, como la ampliación, la reestructuración y la formulación de preguntas abiertas (Baker & Nelson, 1984; Cleave *et al.*, 2015; Girolametto & Weitzman, 2002; Huttenlocher *et al.*, 2010). [3]



Figura 13.3.9.3: Cuidador leyendo con un bebé. ([4])

Muchos estudios que han entrenado a los cuidadores en estrategias de lectura dialógica reportan ganancias positivas en los resultados del lenguaje de los niños pequeños (Chacko, Fabiano, Doctoroff & Fortson, 2018; Grolig, Cohrdes, Tiffin-Richards & Schroeder, 2020; Kim & Riley, 2021; Lonigan *et al.*, 1999; Opel, Ameer & Aboud, 2009; Purpura, Napoli, Wehrspann & Gold, 2017; Simsek & Erdogan, 2015; Towson, Gallagher, & Bingham, 2016; Valdez-Menchaca & Whitehurst, 1992). Por ejemplo, Valdez-Menchaca y Whitehurst (1992) capacitaron a los maestros para que leyeran utilizando un estilo de lectura dialógico que implicaba hacer más preguntas abiertas y responder a los intentos de los niños de contestar a estas preguntas, con niños pequeños mexicanos de bajos ingresos. Los niños que recibieron la intervención de lectura dialógica obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las medidas de lenguaje expresivo y receptivo que los niños del grupo de control. [3]

En muchos estudios, se ha descubierto que hacer preguntas básicas de comprensión durante la lectura compartida aumenta los efectos en las habilidades del lenguaje oral en comparación con la lectura de cuentos en voz alta sin hacer preguntas (Flack, Field & Horst, 2018; Wasik, Hindman & Snell, 2016). Hacer estas preguntas de comprensión literal sirve tanto para lograr la atención conjunta como para establecer una comprensión fundamental de los conceptos y los acontecimientos. Discutir los significados de las nuevas palabras en el contexto de la historia y en otros contextos facilita una comprensión más profunda de las palabras (Coyne *et al.*, 2009). [5]

Al aplicar la secuencia PEER, el cuidador hace lo siguiente: [3] pregunta o indica al niño que diga algo sobre el libro, evalúa su respuesta,

- extiende su respuesta, y
- repite la indicación para ayudar al niño a aprender de la extensión.
- Un elemento fundamental de la lectura dialógica es el uso de indicaciones para iniciar la secuencia PEER mientras se lee con el niño. El acrónimo CROWD hace referencia a cinco indicaciones recomendadas: [3] [6]
- *Completion* (completar)
  - Ejemplo: “Cinco monitos saltando en la ”. El niño rellena con la palabra “cama” para participar en la finalización del pensamiento.
- *Recalls* (recordar)
  - Ejemplo: ¿Qué sucede después de que el lobo sopla y resopla? El niño recuerda la historia y la expresa con sus propias palabras.
- *Open questions* (preguntas abiertas)
  - Ejemplo: “Dime qué ocurre en esta foto”. El niño practica la puesta en palabras de sus propios pensamientos.
- *Wh-questions* (preguntas con qué, quién, cómo, cuándo, dónde, etc.)
  - Ejemplo: ¿Qué es eso? ¿Por qué ocurre esto? En muchos niveles diferentes, los niños pueden poner sus pensamientos en palabras.
- *Distancing questions* (preguntas de distanciamiento)
  - Ejemplo: ¿Qué pasó cuando hicimos tu pastel de cumpleaños? Los niños recuerdan acontecimientos pasados y los relacionan con el presente y el futuro.

Veamos de nuevo la página de un libro infantil presentada anteriormente. Imagine que crea una interacción con el niño sobre esta página utilizando las estrategias de lectura dialógica PEER o CROWD. Después de imaginar lo que podría decir utilizando las estrategias de lectura dialógica, reflexione sobre el impacto que tuvo la cantidad y la calidad de su lenguaje.



Figura 13.3.9.4: Una página de un libro infantil. ([1])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Haathibhai , de Pratham Books , tiene licencia CC by 4.0

[2] Dickinson *et al.*, (2012). How reading books fosters language development around the world. *Child Development Research.* CC by 3.0

[3] Noble *et al.*, (2020). The impact of interactive shared book reading on children's language skills: A randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63*(6), 1878-1897. CC by 4.0

[4] La imagen de Head Start ECLKC es de dominio público.

[5] Grolig (2020). Shared storybook reading and oral language development: A bioecological perspective. *Frontiers in Psychology, 11*, 1818. CC by 4.0

[6] "Using Mariposa, Mariposa (Butterfly, Butterfly) to promote dialogic reading: A powerful way to encourage language development in one or more languages" de Head Start ECLKC es de dominio público.

13.3.9: Estrategias que apoyan el desarrollo del lenguaje- lectura dialógica is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.4: Conclusión

Conclusión de “Apoyo al desarrollo del lenguaje en el cuidado grupal”

El lenguaje se desarrolla rápidamente durante los tres primeros años de vida y la cantidad y calidad de la exposición al lenguaje es importante no solo para el desarrollo posterior del lenguaje, sino también para las capacidades cognitivas y académicas posteriores. Los cuidadores desempeñan un papel esencial a la hora de exponer a los niños a una gran cantidad y calidad de lenguaje y pueden utilizar muchas estrategias para mejorar su capacidad al hacerlo.

13.4: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

13.5: Referencias

Acredolo, L. P., & Goodwyn, S. W. (1996). *Baby signs: How to talk with your baby before your baby can talk*. Chicago, IL: Contemporary Books.

Acredolo, L., Goodwyn, S., & Abrams, D. (2002). *Baby signs: How to talk with your baby before your baby can talk*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.

Alvarenga, P., Kuchirko, Y., Cerezo, M. Á., de Mendonça Filho, E. J., Bakeman, R., & Tamis-LeMonda, C. S. (2021). An intervention focused on maternal sensitivity enhanced mothers' verbal responsiveness to infants. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *76*, 101313.

Anderson-Yockel, J., & Haynes, W. O. (1994). Joint book-reading strategies in working-class African American and White mother-toddler dyads. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *37*(3), 583-593.

Arnold, D. H., Lonigan, C. J., Whitehurst, G. J., & Epstein, J. N. (1994). Accelerating language development through picture book reading: Replication and extension to a videotape training format. *Journal of Educational Psychology*, *86*(2), 235.

Bainbridge, C. M., Bertolo, M., Youngers, J., Atwood, S., Yurdum, L., Simson, J., Lopez, K., Xing, F., Martin, A. & Mehr, S.

A. (2021). Infants relax in response to unfamiliar foreign lullabies. *Nature Human Behaviour*, *5*(2), 256-264.

Baker, N. D., & Nelson, K. E. (1984). Recasting and related conversational techniques for triggering syntactic advances by young children. *First Language*, *5*(13), 3-21.

Bates, E., Camaioni, L., & Volterra, V. (1975). The acquisition of performatives prior to speech. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, *21*(3), 205-226.

Bateson, M. C. (1975). Mother-infant exchanges: The epigenesis of conversational interaction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *263*(1), 101-113.

Baumwell, L., Tamis-LeMonda, C. S., & Bornstein, M. H. (1997). Maternal verbal sensitivity and child language comprehension. *Infant Behavior and Development*, *20*(2), 247-258.

Bellugi, U., & Klima, E. S. (1982). The acquisition of three morphological systems in American Sign Language. *Papers and Reports on Child Language Development*, *21*.

Bonvillian, J. D., Orlansky, M. D., & Novack, L. L. (1983). Developmental milestones: Sign language acquisition and motor development. *Child Development*, 1435-1445.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Putnick, D. L., & Pearson, R. M. (2018). Stability of core language skill from infancy to adolescence in typical and atypical development. *Science Advances*, *4*(11), 7422.

Britto, P. R., Brooks-Gunn, J. & Griffin, T. M. (2006). Maternal reading and teaching patterns: Associations with school readiness in low-income African American families. *Reading Research Quarterly*, *41*(1), 68-89.

Brooks, R., & Meltzoff, A. N. (2005). The development of gaze following and its relation to language. *Developmental Science*, *8*(6), 535-543.

Brown, M. I., Wang, C., & McLeod, S. (2022). Reading with 1–2 year olds impacts academic achievement at 8–11 years. *Early Childhood Research Quarterly*, *58*, 198-207.

Bruce, M., Panneton, R., & Taylor, C. (2022). Multisensory integration and maternal sensitivity are related to each other and predictive of expressive vocabulary in 24-month-olds. *Journal of Experimental Child Psychology*, *214*, 105304.

Burchinal, M., Vernon-Feagans, L., Cox, M., & Key Family Life Project Investigators. (2008). Cumulative social risk, parenting, and infant development in rural low-income communities. *Parenting: Science and Practice*, *8*(1), 41-69.

Cain, D. W., Rudd, L. C., & Saxon, T. F. (2007). Effects of professional development training on joint attention engagement in low-quality childcare centers. *Early Child Development and Care*, *177*(2), 159-185.

Cameron-Faulkner, T., & Noble, C. (2013). A comparison of book text and child directed speech. *First Language*, *33*(3), 268- 279.

Carpenter, M., Nagell, K., Tomasello, M., Butterworth, G., & Moore, C. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *63*(4), 1–

174.

Caselli, N. K., Lieberman, A. M., & Pyers, J. E. (2020). The ASL-CDI 2.0: An updated, normed adaptation of the MacArthur bates communicative development inventory for American sign language. *Behavior Research Methods*, *49*, 784-801.

Chacko, A., Fabiano, G. A., Doctoroff, G. L., & Fortson, B. (2018). Engaging fathers in effective parenting for preschool children using shared book reading: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(1), 79-93.

Cleave, P. L., Becker, S. D., Curran, M. K., Van Horne, A. J. O., & Fey, M. E. (2015). The efficacy of recasts in language intervention: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology, 24*(2), 237-255. Cooper, R. P., Abraham, J., Berman, S., & Staska, M. (1997). The development of infants' preference for motherese. *Infant Behavior and Development*, *20*(4), 477-488.

Cooper, R. P., & Aslin, R. N. (1994). Developmental differences in infant attention to the spectral properties of infant-directed speech. *Child Development*, *65*(6), 1663-1677.

Corina, D. P., & McBurney, S. L. (2001). The neural representation of language in users of American Sign Language. *Journal of Communication Disorders*, *34*(6), 455-471.

Coyne, M. D., McCoach, D. B., Loftus, S., Zipoli Jr, R., & Kapp, S. (2009). Direct vocabulary instruction in kindergarten: Teaching for breadth versus depth. *The Elementary School Journal*, *110*(1), 1-18.

Davis, B., Torr, J., & Degotardi, S. (2015). Infants and toddlers: How visible are they in the Early Years Learning Framework? *International Journal of Child Care and Education Policy*, *9*(1), 1-14.

Debaryshe, B. D. (1993). Joint picture-book reading correlates of early oral language skill. *Journal of Child Language*, *20*(2), 455-461.

Demir-Lira, Ö. E., Applebaum, L. R., Goldin-Meadow, S., & Levine, S. C. (2019). Parents' early book reading to children: Relation to children's later language and literacy outcomes controlling for other parent language input. *Developmental Science*, *22*(3), e12764.

De Schuymer, L., De Groote, I., Striano, T., Stahl, D., & Roeyers, H. (2011). Dyadic and triadic skills in preterm and full term infants: A longitudinal study in the first year. *Infant Behavior and Development*, *34*(1), 179-188.

Dickinson, D. K., & Tabors, P. O. (2001). *Beginning literacy with language: Young children learning at home and school*. Paul H. Brookes Publishing.

Donnelly, S., & Kidd, E. (2021). The longitudinal relationship between conversational turn-taking and vocabulary growth in early language development. *Child Development*, *92*(2), 609-625.

Ellwood-Lowe, M. E., Foushee, R., & Srinivasan, M. (2022). What causes the word gap? Financial concerns may systematically suppress child-directed speech. *Developmental Science*, *25*(1), e13151.

Falk, S., & Tsang, C. D. (2020). The role and functions of infant-directed singing in early development. En *The Routledge companion to interdisciplinary studies in* singing (pp. 179-188). Routledge.

Farran, L. K., Lee, C. C., Yoo, H., & Oller, D. K. (2016). Cross-cultural register differences in infant-directed speech: An initial study. *PloS One*, *11*(3), e0151518.

Farrant, B. M., & Zubrick, S. R. (2013). Parent–child book reading across early childhood and child vocabulary in the early school years: Findings from the Longitudinal Study of Australian Children. *First Language*, *33*(3), 280-293.

Ferjan Ramírez, N. (2022). Fathers' infant-directed speech and its effects on child language development. *Language and Linguistics Compass*, *16*(1), e12448.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior and Development*, *8*(2), 181-195.

Fernald, A. (1992). Meaningful melodies in mothers' speech to infants. En H. Papoušek & U. Jürgens (Eds.), *Nonverbal Vocal Communication: Comparative and Developmental Approaches* (pp. 262–282). Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Fernald, A., Marchman, V. A., & Weisleder, A. (2013). SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental Science*, *16*(2), 234-248.

Fernald, A., Taeschner, T., Dunn, J., Papousek, M., de Boysson-Bardies, B., & Fukui, I. (1989). A cross-language study of prosodic modifications in mothers' and fathers' speech to preverbal infants. *Journal of Child Language*, *16*(3), 477-501.

Fernald A, Weisleder A. (2010). Early language experience is vital to developing fluency in understanding. En S. Neuman y D. Dickinson (Eds), *Handbook of Early Literacy Research* (Vol. 3, pp. 3-19). Guilford Publications: Nueva York.

Flack, Z. M., Field, A. P., & Horst, J. S. (2018). The effects of shared storybook reading on word learning: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, *54*(7), 1334.

Fletcher, K. L., & Jean-Francois, B. (1998). Spontaneous responses during repeated reading in young children from ‘at risk’ backgrounds. *Early Child Development and Care*, *146*(1), 53-68.

Fletcher, K. L., & Reese, E. (2005). Picture book reading with young children: A conceptual framework. *Developmental Review*, *25*(1), 64-103.

Franco, F., Suttora, C., Spinelli, M., Kozar, I., & Fasolo, M. (2020). Singing to infants matters: Early singing interactions affect musical preferences and facilitate vocabulary building. *Journal of Child Language*, 1-26.

François, C., Teixidó, M., Takerkart, S., Agut, T., Bosch, L., & Rodriguez-Fornells, A. (2017). Enhanced neonatal brain responses to sung streams predict vocabulary outcomes by age 18 months. *Scientific Reports*, *7*(1), 1-13.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Montgomery, J. K., Greenwood, C. R., Kimbrough Oller, D., Hansen, J. & Paul, T. D. (2017). Mapping the early language environment using all-day recordings and automated analysis. *American Journal of Speech-language Pathology*, *26*(2), 248-265.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics*, *142*(4).

Girolametto, L., & Weitzman, E. (2002). Responsiveness of child care providers in interactions with toddlers and preschoolers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *33*(4), 268-281.

Gogate, L. J., Bahrick, L. E., & Watson, J. D. (2000). A study of multimodal motherese: The role of temporal synchrony between verbal labels and gestures. *Child Development*, *71*(4), 878-894.

Goldin-Meadow, S., Goodrich, W., Sauer, E., & Iverson, J. (2007). Young children use their hands to tell their mothers what to say. *Developmental Science*, *10*(6), 778-785.

Goldstein, M. H., King, A. P., & West, M. J. (2003). Social interaction shapes babbling: Testing parallels between birdsong and speech. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *100*(13), 8030-8035.

Goldstein, M. H., & Schwade, J. A. (2008). Social feedback to infants' babbling facilitates rapid phonological learning. *Psychological Science*, *19*(5), 515-523.

Goldstein, M. H., Schwade, J. A., & Bornstein, M. H. (2009). The value of vocalizing: Five-month-old infants associate their own noncry vocalizations with responses from caregivers. *Child Development*, *80*(3), 636-644.

Golinkoff, R. M., Hoff, E., Rowe, M. L., Tamis-LeMonda, C. S., & Hirsh-Pasek, K. (2019). Language matters: Denying the existence of the 30-million-word gap has serious consequences. *Child Development*, *90*(3), 985-992.

Góngora, X., & Farkas, C. (2009). Infant sign language program effects on synchronic mother–infant interactions. *Infant Behavior and Development*, *32*(2), 216-225.

Goodwyn, S. W., & Acredolo, L. P. (1993). Symbolic gesture versus word: Is there a modality advantage for onset of symbol use? *Child Development*, *64*(3), 688-701.

Goodwyn, S. W., & Acredolo, L. P. (1998). Encouraging symbolic gestures: A new perspective on the relationship between gesture and speech. En J. M. Iverson & S. Goldin-Meadow (eds.), *The nature and functions of gesture in children's communication* (pp. 61-73). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Goodwyn, S. W., Acredolo, L. P., & Brown, C. A. (2000). Impact of symbolic gesturing on early language development. *Journal of Nonverbal behavior*, *24*(2), 81-103.

Gouri-Guberman, N. (2015). Enhancing joint attention skills among Ethiopian origin children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *209*, 201-207.

Graf Estes, K., & Hurley, K. (2013). Infant-directed prosody helps infants map sounds to meanings. *Infancy, 18*(5), 797-824.

Grolig, L., Cohrdes, C., Tiffin-Richards, S. P., & Schroeder, S. (2020). Narrative dialogic reading with wordless picture books: A cluster-randomized intervention study. *Early Childhood Research Quarterly, 51*, 191-203.

Grossmann, K. E., Bretherton, I., Waters, E., & Grossmann, K. (2013). Maternal sensitivity: Observational studies honoring Mary Ainsworth's 100th year. *Attachment & Human Development, 15*(5-6), 443-447.

Haden, C. A., Reese, E., & Fivush, R. (1996). Mothers' extratextual comments during storybook reading: Stylistic differences over time and across texts. *Discourse Processes, 21*(2), 135-169.

Hahn, L. E., Benders, T., Snijders, T. M., & Fikkert, P. (2018). Infants ' sensitivity to rhyme in songs. *Infant Behavior and Development, 52*, 130-139.

Hahn, L. E., Benders, T., Snijders, T. M., & Fikkert, P. (2020). Six-month-old infants recognize phrases in song and speech. *Infancy, 25*(5), 699-718.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Brookes.

Hart, B., & Risley, T. R. (2003). The early catastrophe: La brecha de 30 millones de palabras a los 3 años. *American Educator, 27*(1), 4-9.

Hayashi, A., Tamekawa, Y., & Kiritani, S. (2001). Developmental change in auditory preferences for speech stimuli in Japanese infants. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44*(6), 1189-1200.

Hayden, H. M. R., & Fagan, W. T. (1987). Keeping it in context: Strategies for enhancing literacy awareness. *First Language, 7*(20), 159-171.

Hilbrink, E. E., Gattis, M., & Levinson, S. C. (2015). Early developmental changes in the timing of turn-taking: a longitudinal study of mother–infant interaction. *Frontiers in Psychology, 6*, 1492.

Hilton, C. B., Moser, C. J., Bertolo, M., Lee-Rubin, H., Amir, D., Bainbridge, C. M., Simson, J., Knox, D., Glowacki, L., Galbarczyk, A., Jasienska, G., Ross, C. T., Neff, M. B., Martin, A., Cirelli, L. K., Trehub, S. E., Song, J., Kim, M., Schachner, A., Vardy, T. A., Atkinson, Q. D., Antfolk, J., Madhivanan, P., Siddaiah, A., Placek, C. D., Salali, G. D., Keestra, S., Singh, M., Collins, S. A., Patton, J. Q., Scaff, C.,Stieglitz, J., Moya, C., Sagar, R. R., Wood, B. M., Krasnow, M. M., & Mehr, S. A. (2022). Acoustic regularities in infant-directed speech and song across cultures. *BioRxiv*, 2020.04.09.032995. doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.09.032995

Hirsh-Pasek, K., Adamson, L. B., Bakeman, R., Owen, M. T., Golinkoff, R. M., Pace, A., ... & Suma, K. (2015). The contribution of early communication quality to low-income children's language success. *Psychological Science, 26*(7), 1071- 1083.

Hoff, E. (2006). How social contexts support and shape language development. *Developmental Review, 26*(1), 55-88.

Horst, J. S., Parsons, K. L., & Bryan, N. M. (2011). Get the story straight: Contextual repetition promotes word learning from storybooks. *Frontiers in Psychology, 2*, 17.

Huebner, C. E., & Meltzoff, A. N. (2005). Intervention to change parent–child reading style: A comparison of instructional methods. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(3), 296-313.

Hurtado, N., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Does input influence uptake? Links between maternal talk, processing speed and vocabulary size in Spanish-learning children. *Developmental Science, 11*(6), 31-39.

Huttenlocher, J., Vasilyeva, M., Cymerman, E., & Levine, S. (2002). Language input and child syntax. *Psicología cognitiva, 45*(3), 337-374.

Huttenlocher, J., Waterfall, H., Vasilyeva, M., Vevea, J., & Hedges, L. V. (2010). Sources of variability in children's language growth. *Psicología cognitiva, 61*(4), 343-365.

Keating, K., Daily, S., Cole, P., Murphey, D., Pina, G., Ryberg, R., Moron, L., & Laurore, J. (2021). *State of babies yearbook: 2019*. Washington, DC: Zero to Three and Bethesda M.D.: Child Trends.

Jepsen, J. B., De Clerck, G., Lutalo-Kiingi, S., & McGregor, W. B. (Eds.). (2015). *Sign languages of the world: A comparative handbook*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

Johnson, M. H., & de Haan, M. (2011). *Developmental cognitive neuroscience* (3.ª Ed.). Wiley-Blackwell.

Karrass, J., & Braungart-Rieker, J. M. (2005). Effects of shared parent–infant book reading on early language acquisition. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *26*(2), 133-148.

Karzon, R. G. (1985). Discrimination of polysyllabic sequences by one-to four-month-old infants. *Journal of Experimental Child Psychology*, *39*(2), 326-342.

Keller, H., & Schölmerich, A. (1987). Infant vocalizations and parental reactions during the first 4 months of life. *Developmental Psychology*, *23*(1), 62.

Kim, Y., & Riley, D. (2021). Accelerating early language and literacy skills through a preschool-home partnership using dialogic reading: A randomized trial. *Child & Youth Care Forum*, *50*, 901-924.

Kitamura, C., & Lam, C. (2009). Age-specific preferences for infant-directed affective intent. *Infancy*, *14*(1), 77-100.

Kitamura, C., Thanavishuth, C., Burnham, D., & Luksaneeyanawin, S. (2001). Universality and specificity in infant-directed speech: Pitch modifications as a function of infant age and sex in a tonal and non-tonal language. *Infant Behavior and Development*, *24*(4), 372-392.

Koopmans-van Beinum, F. J., & van der Stelt, J. M. (1986). Early stages in the development of speech movements. En *Precursors of early speech* (pp. 37-50). Palgrave Macmillan, Londres.

Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, *42*(4), 627.

Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Developmental Psychology*, *37*(3), 387.

Lebedeva, G. C., & Kuhl, P. K. (2010). Sing that tune: Infants' perception of melody and lyrics and the facilitation of phonetic recognition in songs. *Infant Behavior and Development*, *33*(4), 419-430.

Leech, K. A. & Rowe, M. L. (2021). An intervention to increase conversational turns between parents and young children. *Journal of Child Language*, *48*(2), 399-412.

Lehrl, S., Ebert, S., Blaurock, S., Rossbach, H. G., & Weinert, S. (2020). Long-term and domain-specific relations between the early years home learning environment and students' academic outcomes in secondary school. *School Effectiveness and School Improvement*, *31*(1), 102-124.

Lillo-Martin, D., & Henner, J. (2021). Acquisition of sign languages. *Annual Review of Linguistics*, *7*, 395-419.

Logan, J. A., Justice, L. M., Yumus, M., & Chaparro-Moreno, L. J. (2019). When children are not read to at home: The million word gap. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *40*(5), 383-386.

Lonigan, C. J., Anthony, J. L., Bloomfield, B. G., Dyer, S. M., & Samwel, C. S. (1999). Effects of two shared-reading interventions on emergent literacy skills of at-risk preschoolers. *Journal of Early Intervention*, *22*(4), 306-322.

Ma, W., Golinkoff, R. M., Houston, D. M., & Hirsh-Pasek, K. (2011). Word learning in infant-and adult-directed speech. *Language Learning and Development*, *7*(3), 185-201.

MacDonald, K., LaMarr, T., Corina, D., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2018). Real-time lexical comprehension in young children learning American Sign Language. *Developmental Science*, *21*(6), e12672.

MacSweeney, M., Capek, C. M., Campbell, R., & Woll, B. (2008). The signing brain: The neurobiology of sign language. *Trends in Cognitive Sciences*, *12*(11), 432-440.

Madigan, S., Prime, H., Graham, S. A., Rodrigues, M., Anderson, N., Khoury, J., & Jenkins, J. M. (2019). Parenting behavior and child language: A meta-analysis. *Pediatrics*, *144*(4).

Malachowski, L., Salo, V. C., Needham, A., & Humphreys, K. L. (2021, preprint). Infant placement and language exposure. https://doi.org/10.31234/osf.io/dnkru

ManyBabies Consortium. (2020). Quantifying sources of variability in infancy research using the infant-directed-speech preference. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, *3*(1), 24-52.

Marchman, V. A., Adams, K. A., Loi, E. C., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2016). Early language processing efficiency predicts later receptive vocabulary outcomes in children born preterm. *Child Neuropsychology, 22*(6), 649-665.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science, 11*(3), F9-F16.

Marchman, V. A., Loi, E. C., Adams, K. A., Ashland, M., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2018). Speed of language comprehension at 18 months predicts school-relevant outcomes at 54 months in children born preterm. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 39*(3), 246.

Markus, J., Mundy, P., Morales, M., Delgado, C. E. F., & Yale, M. (2001). Individual differences in infant skills as predictors of child-caregiver joint attention and language. *Social Development, 9*(3), 302–315.

Masataka, N. (1999). Preference for infant-directed singing in 2-day-old hearing infants of deaf parents. *Developmental Psychology, 35*(4), 1001.

Mendoza, J. K., & Fausey, C. M. (2021). Everyday music in infancy. *Developmental Science, 24*(6), e13122.

McGillion, M., Pine, J. M., Herbert, J. S., & Matthews, D. (2017). A randomized controlled trial to test the effect of promoting caregiver contingent talk on language development in infants from diverse socioeconomic status backgrounds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(10), 1122-1131.

McIntire, M. L. (1977). The acquisition of American Sign Language hand configurations. *Sign Language Studies*, 247-266.

McLeod, A. N., & McDade, H. L. (2011). Preschoolers' incidental learning of novel words during storybook reading. *Communication Disorders Quarterly, 32*(4), 256-266.

Mol, S. E., Bus, A. G., De Jong, M. T., & Smeets, D. J. (2008). Added value of dialogic parent–child book readings: A meta-analysis. *Early Education and Development, 19*(1), 7-26.

Montag, J. L., Jones, M. N., & Smith, L. B. (2015). The words children hear: Picture books and the statistics for language learning. *Psychological Science, 26*(9), 1489-1496.

Morales, M., Mundy, P., Delgado, C. E. F., Yale, M., Messinger, D., Neal, R., & Schwartz, H. K. (2000). Responding to joint attention across the 6- through 24-month age period and early language acquisition. *Journal of Applied Developmental Psychology, 21*(3), 283-298.

Morrow, L. M. (1988). Young children's responses to one-to-one story readings in school settings. *Reading Research Quarterly*, 89-107.

Mueller, V., & Acosta, A. (2015). Infants' use of baby sign to extract unfamiliar words from the speech stream. *Early Child Development and Care, 185*(6), 943-951.

Mundy, P., Block, J., Delgado, C., Pomares, Y., Van Hecke, A. V., & Parlade, M. V. (2007). Individual differences and the development of joint attention in infancy. *Child Development, 78*(3), 938-954.

Mundy, P., Fox, N., & Card, J. (2003). EEG coherence, joint attention and language development in the second year. *Developmental Science, 6*(1), 48-54.

Mundy, P., & Gomes, A. (1998). Individual differences in joint attention skill development in the second year. *Infant Behavior & Development, 21*(3), 469-482.

Nakata, T., & Trehub, S. E. (2004). Infants' responsiveness to maternal speech and singing. *Infant Behavior and Development, 27*(4), 455-464.

Nathani, S., Ertmer, D. J., & Stark, R. E. (2006). Assessing vocal development in infants and toddlers. *Clinical Linguistics & Phonetics, 20*(5), 351-369.

Newman, R. S., & Hussain, I. (2006). Changes in preference for infant-directed speech in low and moderate noise by 4.5-to 13-month-olds. *Infancy, 10*(1), 61-76.

Ninio, A. (1980). Picture-book reading in mother-infant dyads belonging to two subgroups in Israel. *Child Development*, 587- 590.

Ninio, A. (1983). Joint book reading as a multiple vocabulary acquisition device. *Developmental Psychology, 19*(3), 445.

Noble, C. H., Cameron-Faulkner, T., & Lieven, E. (2018). Keeping it simple: The grammatical properties of shared book reading. *Journal of Child Language*, *45*(3), 753-766.

Norman, A., & Byrne, J. (2021). Symbolic gesturing: creating opportunities for emotional connections between practitioners and infants in daycare. *Early Child Development and Care*, *191*(10), 1577-1589.

Olson, J., & Masur, E. F. (2013). Mothers respond differently to infants' gestural versus nongestural communicative bids. *First Language*, *33*(4), 372-387.

Opel, A., Ameer, S. S., & Aboud, F. E. (2009). The effect of preschool dialogic reading on vocabulary among rural Bangladeshi children. *International Journal of Educational Research*, *48*(1), 12-20.

Özçalişkan, Ş., Adamson, L. B., Dimitrova, N., Bailey, J., & Schmuck, L. (2016). Baby sign but not spontaneous gesture predicts later vocabulary in children with Down syndrome. *Journal of Child Language*, *43*(4), 948-963.

Özçalışkan, Ş., Adamson, L. B., Dimitrova, N., & Baumann, S. (2017). Early gesture provides a helping hand to spoken vocabulary development for children with autism, Down syndrome, and typical development. *Journal of Cognition and Development*, *18*(3), 325-337.

Papadimitriou, A., Smyth, C., Politimou, N., Franco, F., & Stewart, L. (2021). The impact of the home musical environment on infants' language development. *Infant Behavior and Development*, *65*, 101651.

Paul, I. M., Hohman, E. E., Birch, L. L., Shelly, A., Vallotton, C. D., & Savage, J. S. (2019). Exploring infant signing to enhance responsive parenting: Findings from the INSIGHT study. *Maternal & Child Nutrition*, *15*(3), e12800.

Pegg, J. E., Werker, J. F., & McLeod, P. J. (1992). Preference for infant-directed over adult-directed speech: Evidence from 7-week-old infants. *Infant Behavior and Development*, *15*(3), 325-345.

Peter, M. S., Durrant, S., Jessop, A., Bidgood, A., Pine, J. M., & Rowland, C. F. (2019). Does speed of processing or vocabulary size predict later language growth in toddlers? *Cognitive Psychology*, *115*, 101238.

Prime, H., Wade, M., & Gonzalez, A. (2020). The link between maternal and child verbal abilities: An indirect effect through maternal responsiveness. *Developmental Science*, *23*(3), e12907.

Purpura, D. J., Napoli, A. R., Wehrspann, E. A., & Gold, Z. S. (2017). Causal connections between mathematical language and mathematical knowledge: A dialogic reading intervention. *Journal of Research on Educational Effectiveness*, *10*(1), 116-137.

Pye, C. (1986). Quiché Mayan speech to children. *Journal of Child Language*, *13*(1), 85-100.

Raikes, H., Alexander Pan, B., Luze, G., Tamis-LeMonda, C. S., Brooks-Gunn, J., Constantine, J., Tarullo, L. B., Raikes, A. & Rodríguez, E. T. (2006). Mother–child book reading in low-income families: Correlates and outcomes during the first three years of life. *Child Development*, *77*(4), 924-953.

Ramírez-Esparza, N., García-Sierra, A., Kuhl, P. K. (2014). Look who's talking: Speech style and social context in language input to infants are linked to concurrent and future speech development. *Developmental Science*, *17*(6), 880-891.

Ramírez-Esparza, N., García-Sierra, A., & Kuhl, P. K. (2017a). The impact of early social interactions on later language development in Spanish–English bilingual infants. *Child Development*, *88*(4), 1216-1234.

Ramírez-Esparza, N., García-Sierra, A., & Kuhl, P. K. (2017b). Look who's talking NOW! Parentese speech, social context, and language development across time. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1008.

Ratner, N., & Bruner, J. (1978). Games, social exchange and the acquisition of language. *Journal of Child Language*, *5*(3), 391-401.

Rochat, P., Querido, J. G., & Striano, T. (1999). Emerging sensitivity to the timing and structure of protoconversation in early infancy. *Developmental Psychology*, *35*(4), 950.

Rodríguez, E. T., & Tamis-LeMonda, C. S. (2011). Trajectories of the home learning environment across the first 5 years: Associations with children's vocabulary and literacy skills at prekindergarten. *Child Development*, *82*(4), 1058-1075.

Rodríguez, E. T., Tamis-LeMonda, C. S., Spellmann, M. E., Pan, B. A., Raikes, H., Lugo-Gil, J., & Luze, G. (2009). The formative role of home literacy experiences across the first three years of life in children from low-income families. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *30*(6), 677-694.

Romeo, R. R., Leonard, J. A., Grotzinger, H. M., Robinson, S. T., Takada, M. E., Mackey, A. P., Scherer, E., Rowe, M. L., West, M. R. & Gabrieli, J. D. (2021). Neuroplasticity associated with changes in conversational turn-taking following a family- based intervention. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 100967.

Romeo, R. R., Leonard, J. A., Robinson, S. T., West, M. R., Mackey, A. P., Rowe, M. L., & Gabrieli, J. D. (2018). Beyond the 30-million-word gap: Children's conversational exposure is associated with language-related brain function. *Psychological Science*, *29*(5), 700-710.

Rose, E., Lehrl, S., Ebert, S., & Weinert, S. (2018). Long-term relations between children's language, the home literacy environment, and socioemotional development from ages 3 to 8. *Early Education and Development*, *29*(3), 342-356.

Roug, L., Landberg, I., & Lundberg, L. J. (1989). Phonetic development in early infancy: A study of four Swedish children during the first eighteen months of life. *Journal of Child Language*, *16*(1), 19-40.

Rowe, M. L., Leech, K. A., & Cabrera, N. (2017). Going beyond input quantity: Wh-questions matter for toddlers' language and cognitive development. *Cognitive Science*, *41*, 162-179.

Rudd, L. C., Cain, D. W., & Saxon, T. F. (2008). Does improving joint attention in low-quality child-care enhance language development? *Early Child Development and Care*, *178*(3), 315-338.

Salo, V. C., Rowe, M. L., Leech, K. A., & Cabrera, N. J. (2016). Low-income fathers' speech to toddlers during book reading versus toy play. *Journal of Child Language*, *43*(6), 1385-1399.

Sandler, W. (2017). The challenge of sign language phonology. *Annual Review of Linguistics*, *3*, 43-63.

Santesso, D. L., Schmidt, L. A., & Trainor, L. J. (2007). Frontal brain electrical activity (EEG) and heart rate in response to affective infant-directed (ID) speech in 9-month-old infants. *Brain and Cognition*, *65*(1), 14-21.

Schaal, N. K., Politimou, N., Franco, F., Stewart, L., & Müllensiefen, D. (2020). The German Music@ Home: Validation of a questionnaire measuring at home musical exposure and interaction of young children. *PloS One*, *15*(8), e0235923.

Sénéchal, M. (1997). The differential effect of storybook reading on preschoolers' acquisition of expressive and receptive vocabulary. *Journal of Child Language*, *24*(1), 123-138.

Sénéchal, M. (2011). A model of the concurrent and longitudinal relations between home literacy and child outcomes. En *Handbook of early literacy research*, S. B. Neuman y D. K. Dickinson, (Eds.), (Vol. 3, pp. 175-188). Guilford, Nueva York, NY, Estados Unidos, 2011.

Senechal, M., & Cornell, E. H. (1993). Vocabulary acquisition through shared reading experiences. *Reading Research Quarterly*, 360-374.

Shute, B., & Wheldall, K. (1999). Fundamental frequency and temporal modifications in the speech of British fathers to their children. *Educational Psychology*, *19*(2), 221-233.

Simsek, Z. C., & Erdogan, N. I. (2015). Effects of the dialogic and traditional reading techniques on children's language development. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *197*, 754-758.

Singh, L., Morgan, J. L., & Best, C. T. (2002). Infants' listening preferences: Baby talk or happy talk? *Infancy*, *3*(3), 365-394.

Singh, L., Nestor, S., Parikh, C., & Yull, A. (2009). Influences of infant-directed speech on early word recognition. *Infancy*, *14*(6), 654-666.

Siraj-Blatchford, I., & Manni, L. (2008). 'Would you like to tidy up now?' An analysis of adult questioning in the English Foundation Stage. *Early Years*, *28*(1), 5-22.

Smith, A. B. (1999). Quality childcare and joint attention. *International Journal of Early Years Education*, *7*(1), 85-98. Snijders, T. M., Benders, T., & Fikkert, P. (2020). Infants segment words from songs–an EEG study. *Brain Sciences*, *10*(39), 1- 25.

Snow, C. E., & Goldfield, B. A. (1983). Turn the page please: Situation-specific language acquisition. *Journal of Child language*, *10*(3), 551-569.

Stark, R. E. (1980). Stages of speech development in the first year of life. En *Child Phonology* (pp. 73-92). Academic Press. Suárez-Rivera, C., Smith, L. B., & Yu, C. (2019). Multimodal parent behaviors within joint attention support sustained attention in infants. *Developmental Psychology*, *55*(1), 96.

Suppanen, E., Huotilainen, M., & Ylinen, S. (2019). Rhythmic structure facilitates learning from auditory input in newborn infants. *Infant Behavior and Development*, *57*, 101346.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, *72*(3), 748-767.

Tamis-LeMonda, C. S., Custode, S., Kuchirko, Y., Escobar, K., & Lo, T. (2019). Routine language: Speech directed to infants during home activities. *Child Development*, *90*(6), 2135-2152.

Tamis-LeMonda, C. S., Luo, R., McFadden, K. E., Bandel, E. T., & Vallotton, C. (2019). Early home learning environment predicts children's 5th grade academic skills. *Applied Developmental Science*, *23*(2), 153-169.

Thiessen, E. D., Hill, E. A., & Saffran, J. R. (2005). Infant-directed speech facilitates word segmentation. *Infancy*, *7*(1), 53-71.

Thiessen, E. D., & Saffran, J. R. (2009). How the melody facilitates the message and vice versa in infant learning and memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1169*, 225–233.

Thompson, R. H., Cotnoir-Bichelman, N. M., McKerchar, P. M., Tate, T. L., & Dancho, K. A. (2007). Enhancing early communication through infant sign training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *40*(1), 15-23.

Tomasello, M., & Farrar, M. J. (1986). Joint attention and early language. *Child Development*, 1454-1463.

Towson, J. A., Gallagher, P. A., & Bingham, G. E. (2016). Dialogic reading: Language and preliteracy outcomes for young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, *38*(4), 230-246.

Trainor, L. J. (1996). Infant preferences for infant-directed versus noninfant-directed play songs and lullabies. *Infant Behavior and Development*, *19*(1), 83-92.

Trainor, L. J., Clark, E. D., Huntley, A., & Adams, B. A. (1997). The acoustic basis of preferences for infant-directed singing. *Infant Behavior and Development*, *20*(3), 383-396.

Trainor, L. J., & Desjardins, R. N. (2002). Pitch characteristics of infant-directed speech affect infants' ability to discriminate vowels. *Psychonomic Bulletin & Review*, *9*(2), 335-340.

Trehub, S. E., Hill, D. S., & Kamenetsky, S. B. (1997). Parents' sung performances for infants. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, *51*(4), 385.

Trehub, S. E., & Trainor, L. (1998). Singing to infants: Lullabies and play songs. *Advances in Infancy Research*, *12*, 43-78.

Trehub, S. E., Unyk, A. M., Kamenetsky, S. B., Hill, D. S., Trainor, L. J., Henderson, J. L., & Saraza, M. (1997). Mothers' and fathers' singing to infants. *Developmental Psychology*, *33*(3), 500.

Trehub, S. E., Trainor, L. J., & Unyk, A. M. (1993). Music and speech processing in the first year of life. *Advances in Child Development and Behavior*, *24*, 1-35.

Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *42*(1), 3-48.

Tsang, C. D., Falk, S., & Hessel, A. (2017). Infants prefer infant-directed song over speech. *Child Development*, *88*(4), 1207- 1215.

Unyk, A. M., Trehub, S. E., Trainor, L. J., & Schellenberg, E. G. (1992). Lullabies and simplicity: A cross-cultural perspective. *Psychology of Music*, *20*(1), 15-28.

Valdez-Menchaca, M. C., & Whitehurst, G. J. (1992). Accelerating language development through picture book reading: A systematic extension to Mexican day care. *Developmental Psychology*, *28*(6), 1106.

Vallotton, C. D. (2008). Signs of emotion: What can preverbal children "say" about internal states? *Infant Mental Health Journal*, *29*(3), 234-258.

Vallotton, C. D. (2009). Do infants influence their quality of care? Infants' communicative gestures predict caregivers' responsiveness. *Infant Behavior and Development*, *32*(4), 351-365.

Vallotton, C. (2011). Babies open our minds to their minds: How "listening" to infant signs complements and extends our knowledge of infants and their development. *Infant Mental Health Journal*, *32*(1), 115-133.

Vallotton, C. D. (2012). Infant signs as intervention? Promoting symbolic gestures for preverbal children in low-income families supports responsive parent–child relationships. *Early Childhood Research Quarterly*, *27*(3), 401-415.

Wasik, B. A., & Hindman, A. H. (2013). Realizing the promise of open-ended questions. *The Reading Teacher, 67*(4), 302-311.

Wasik, B. A., Hindman, A. H., & Snell, E. K. (2016). Book reading and vocabulary development: A systematic review. *Early Childhood Research Quarterly, 37*, 39-57.

Weber, A., Fernald, A., & Diop, Y. (2017). When cultural norms discourage talking to babies: Effectiveness of a parenting program in rural Senegal. *Child Development, 88*(5), 1513-1526.

Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. *Psychological Science, 24*(11), 2143-2152.

Whitehurst, G. J., Falco, F. L., Lonigan, C. J., Fischel, J. E., DeBaryshe, B. D., Valdez-Menchaca, M. C., & Caulfield, M. (1988). Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology, 24*(4), 552.

Wille, B., Van Lierde, K. & Van Herreweghe, M. (2019). Parental strategies used in communication with their deaf infants. *Child Language Teaching and Therapy, 35*(2), 165–183.

Woll, B. (2013). The history of sign language linguistics. *The Oxford Handbook of the History of Linguistics*.

Yan, R., Jessani, G., Spelke, E., de Villiers, P., de Villiers, J., & Mehr, S. (2021, preprint). Across demographics and recent history, most parents sing to their infants and toddlers daily. https://doi.org/10.31234/osf.io/fy5bh

Yoo, H., Bowman, D. A., & Oller, D. K. (2018). The origin of protoconversation: An examination of caregiver responses to cry and speech-like vocalizations. *Frontiers in Psychology, 9*, 1510.

Zammit, M.,]& Atkinson, S. (2017). The relations between ‘baby signing’, child vocabulary and maternal mind-mindedness. *Early Child Development and Care, 187*(12), 1887-1895.

Zhao, T. C., & Kuhl, P. K. (2016). Musical intervention enhances infants’ neural processing of temporal structure in music and speech. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 113*(19), 5212–521

Zimmerman, F. J., Gilkerson, J., Richards, J. A., Christakis, D. A., Xu, D., Gray, S., & Yapanel, U. (2009). Teaching by listening: The importance of adult-child conversations to language development. *Pediatrics, 124*(1), 342-349.

13.5: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

14: Multilingüismo

14.1: Introducción
14.2: Definir el multilingüismo
14.3: Demografía de los niños multilingües
14.4: Multilingüismo- creencias y conceptos erróneos
14.5: En qué se diferencia el multilingüismo
14.6: La ciencia del desarrollo del multilingüismo
14.7: Efectos del multilingüismo en el desarrollo
14.8: Estrategias para los cuidadores que trabajan con bebés y niños pequeños multilingües
14.9: Conclusión
14.10: Referencias

14: Multilingüismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.1: Introducción

Introducción al multilingüismo

Muchos bebés y niños pequeños de todo el mundo, y un número cada vez mayor en los Estados Unidos, aprenden más de un idioma. Para diseñar los cuidados y las experiencias educativas más sensibles y lingüísticamente enriquecedoras para los bebés y niños pequeños multilingües, es importante que los cuidadores comprendan bien los contextos únicos que conforman el desarrollo de los niños que aprenden varios idiomas, en qué se diferencian de los niños monolingües y las prácticas para apoyar mejor su desarrollo multilingüe. En esta sección, se explicará lo que significa el multilingüismo, se tratarán los conceptos erróneos más comunes, se describirá cómo los bebés y los niños pequeños desarrollan varios idiomas y se ofrecerán estrategias para que los cuidadores apoyen mejor a los niños multilingües.

14.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.2: Definir el multilingüismo

¿Qué es el multilingüismo?

¿Qué significa ser multilingüe? En los campos de la educación y de la investigación, se han utilizado diferentes términos y definiciones para describir a los niños que son multilingües. El término multilingüe puede englobar o solaparse considerablemente con otros términos de uso frecuente, como “bilingüe”, “alumno de doble lengua”, “alumno de inglés” y “niños que hablan una lengua distinta del inglés”. A los efectos de esta sección, el término “multilingüe” se refiere a los niños que aprenden dos (o más) idiomas al mismo tiempo, o que aprenden otro idioma mientras siguen desarrollando su lengua materna. [1]



Figura 14.2.1: Un niño pequeño y una cuidadora de la India. ([2])

El multilingüismo es un concepto complejo que se ha redefinido en las últimas décadas. En su momento, los estudiosos definieron a los multilingües exclusivamente como un pequeño grupo de hablantes perfectamente “equilibrados” en sus lenguas (Lambert, Havelka, Gardner, 1959). La definición de multilingüismo se ha ampliado desde entonces para incluir a personas con distintos grados de competencia y experiencias lingüísticas diferentes. El multilingüismo de una persona no es un rasgo que pueda medirse directamente, es decir, el multilingüismo no puede determinarse del mismo modo que la altura de una persona, por ejemplo. A la hora de medir el multilingüismo, los investigadores suelen basarse en una combinación de factores, como el dominio de la lengua y la cantidad de exposición, para determinar el multilingüismo de una persona (Anderson, Mak, Keyvani Chahi & Bialystok, 2018; Li, Sepanski & Zhao, 2006, 2014; Marian, Blumenfeld & Kaushanskaya, 2007; Marian & Hayakawa, 2020). [1]

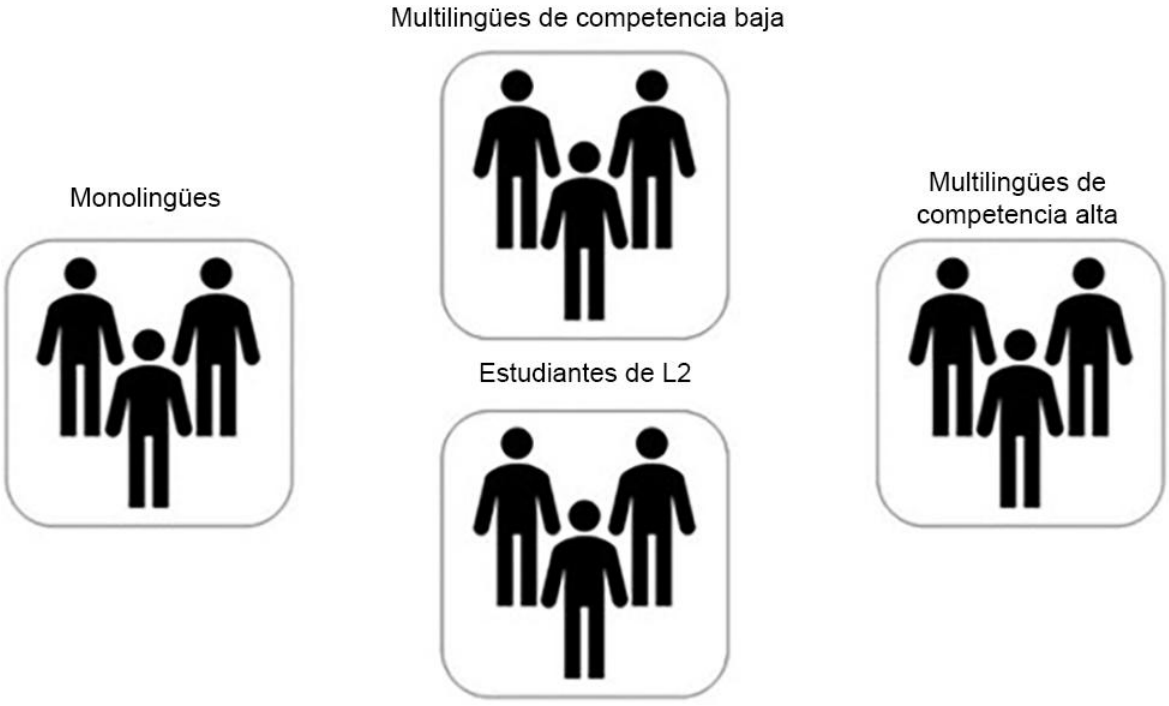


Figura 14.2.2: Representación de un modelo categórico de multilingüismo con diferentes grupos posibles de multilingües. ([4])

Para dar cuenta de todo el espectro de experiencias y capacidades lingüísticas de las personas multilingües, algunos estudiosos han propuesto que el multilingüismo se considere una variable continua (Baum & Titone, 2014; de Bruin, 2019; Kaushanskaya & Prior, 2015; Marian & Hayakawa, 2020; Takahesu Tabori, Mech & Atagi, 2018). Según este enfoque, el continuo de ser multilingüe abarcaría la gama que va desde el monolingüismo completo (es decir, nunca haber estado expuesto a una segunda lengua) hasta el dominio total multilingüe (es decir, el "equilibrio" entre las lenguas). En la Figura 14.2.3, se muestra una representación visual de un modelo continuo de multilingüismo. Otros modelos de multilingüismo pueden incluso combinar modelos categóricos y continuos (Kremin & Byers- Heinlein, 2021). Está claro que ser multilingüe es mucho más complejo que simplemente aprender o conocer dos o más idiomas. [3]



Figura 14.2.3: La representación de un modelo continuo de multilingüismo. ([5])

La experiencia de aprendizaje de idiomas de cada niño multilingüe es única: los niños difieren en cuanto a los idiomas específicos que están aprendiendo, el momento en que empiezan a aprender cada uno de ellos y cómo los aprenden. Los contextos para el multilingüismo pueden ser muy diferentes entre las familias, los programas de cuidado infantil, las comunidades y las culturas (Rowe & Weisleder, 2020). Tener en cuenta esta diversidad es clave para entender el desarrollo multilingüe temprano. Como resultado, cada niño multilingüe tendrá su propio camino de desarrollo (de Bruin, 2019). Hay casi tantas formas de crecer siendo multilingüe como niños multilingües. [6]

A pesar de la diversidad, un factor común en todo el desarrollo multilingüe es el papel crucial de la cantidad y de la calidad de la exposición que los bebés y niños pequeños reciben en sus diferentes lenguas (Marchman, Fernald & Hurtado, 2010; Ramírez-Esparza, García-Sierra & Kuhl, 2017). Por ejemplo, no esperaríamos que un niño aprendiera un idioma que solo escucha durante cinco minutos al día (baja cantidad) o que aprendiera un idioma a partir de cinco horas al día de vocabulario aislado recitado de una cinta de audio (baja calidad). Es difícil saber con exactitud qué combinación de cantidad y calidad es necesaria, pero, en algunos estudios, se estima que los niños necesitan un mínimo de un 10 % a un 25 % de exposición global a una lengua para alcanzar la fluidez en ella, lo que solo ocurrirá si su experiencia lingüística es rica y variada (Place & Hoff, 2011). Si los niños no reciben suficiente exposición multilingüe de alta calidad, es poco probable que dominen todas sus lenguas. [7]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2017). Policy statement on supporting the development of children who are dual language learners in early childhood programs is in the public domain.

[2] Imagen de Saradhi Photography en Unsplash.

[3] Kremin & Byers-Heinlein (2021). Why not both? Rethinking categorical and continuous approaches to bilingualism. *International Journal of Bilingualism*, *25*(6), 1560-1575. CC by 4.0.

[4] Imagen adaptada de Kremin & Byers-Heinlein (2021). Why not both? Rethinking categorical and continuous approaches to bilingualism. *International Journal of Bilingualism*, *25*(6), 1560-1575. CC by 4.0.

[5] Imagen de Kremin & Byers-Heinlein (2021). Why not both? Rethinking categorical and continuous approaches to bilingualism. *International Journal of Bilingualism*, *25*(6), 1560-1575. CC by 4.0.

[6] Fibla et al., (preimpresión de 2021). Bilingual language development in infancy: What can we do to support bilingual families? CC de 4.0.

[7] Fibla et al., (preimpresión de 2021). Bilingual language development in infancy: What can we do to support bilingual families?
CC by 4.0

14.2: Definir el multilingüismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.3: Demografía de los niños multilingües

Niños multilingües

Muchos niños de todo el mundo son multilingües. Estimaciones recientes indican que, en la actualidad, se hablan unas 7,000 lenguas en todo el mundo en solo 196 países (Simons & Fennig, 2018). Esto denota que la gran mayoría de la población mundial está expuesta constantemente a dos o más idiomas y puede considerarse multilingüe (Baker, 2006; Jonak, 2015; Marian & Shook, 2012). Las tasas de multilingüismo notificadas en lugares, como Europa (67 %), Canadá (55 %), India (25 %) y los Estados Unidos (20 %) indican que el multilingüismo es común y está en aumento (Luk, 2017; Oficina del Registro Civil General y del Comisionado de Censos, India, 2001). Los índices actuales del número de niños multilingües suelen ser incluso superiores a los de los adultos. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el 26 % de los niños de 5 a 17 años son multilingües, aunque los índices difieren según el estado. En EE. UU., el estado de California tiene el mayor porcentaje de niños multilingües, con un 43 %, mientras que solo el 2 % de los niños de Virginia Occidental son multilingües (Kids Count Data Center, 2019). Se estima que el 15 % de los niños de Australia (Australian Bureau of Statistics, 2006), entre el 18 % y el 25 % de los niños de Canadá (Schott et al., 2021), el 29 % de los niños de algunas partes de España (Instituto de Estadística de Cataluña, 2007) y el 90 % de los niños de Singapur (Wu et al., 2020) crecen siendo multilingües. [1] [2] [3]

Es mucho más difícil encontrar estimaciones sobre el número de niños menores de tres años que son multilingües. Los datos de Canadá ofrecen una visión única de las estimaciones del multilingüismo de los bebés y niños pequeños y de cómo las tasas difieren geográficamente incluso dentro del mismo país. En todo Canadá, el 15.6 % de los niños de 0 a 4 años y el 20.4 % de los niños de 5 a 9 años son multilingües. Desglosado por provincias/regiones, el índice de multilingüismo infantil era más elevado en el norte de Canadá (Yukón, Territorios del Noroeste y Nunavut), donde casi uno de cada tres niños hablaba dos idiomas en casa: en la mayoría de los casos una lengua indígena y el inglés. Casi uno de cada cuatro niños de 0 a 4 años en Toronto, Vancouver, Ottawa y Montreal hablaba al menos dos idiomas en casa. En Calgary y Edmonton, las tasas eran de uno de cada seis niños de 0 a 4 años. Las provincias con ciudades más grandes tenían tasas globales de multilingüismo más altas (es decir, Columbia Británica, Alberta, Ontario y Quebec). En todas las provincias, la tasa de multilingüismo en los niños de 5 a 9 años era mayor que la de los niños de 0 a 4 años, lo que podría deberse a que algunos niños adquieren una lengua comunitaria en la escuela y luego empiezan a utilizarla en la casa. Este patrón se ha documentado en los Estados Unidos para los niños nativos de habla hispana que aprenden inglés (Hammer, Lawrence & Miccio 2008). [4]



Figura 14.3.1: El mapa de Canadá. ([5])

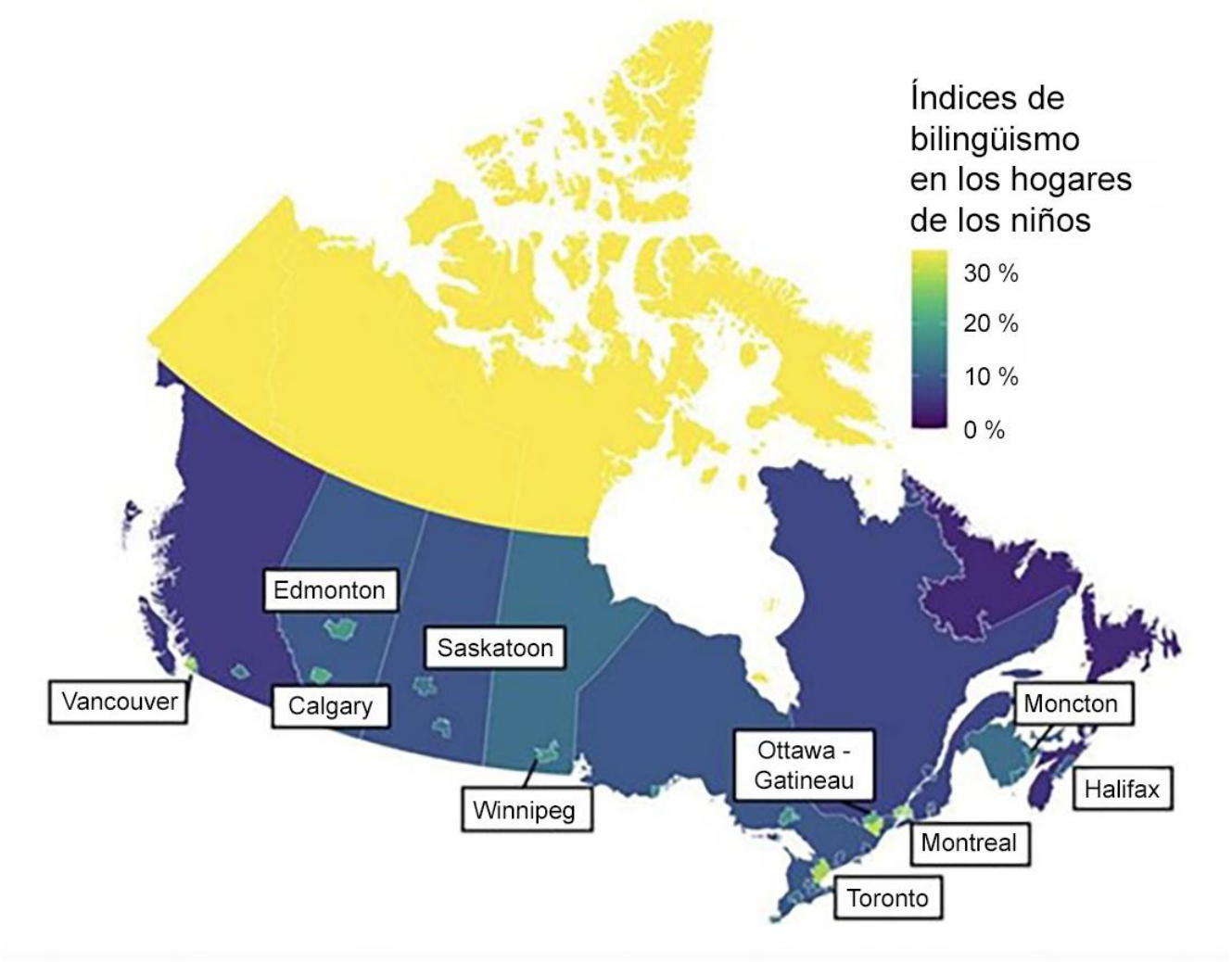


Figura 14.3.1: Las tasas de multilingüismo en los niños de 0 a 9 años en todo Canadá. ([6])

Las tasas de multilingüismo en los niños de 0 a 9 años en todo Canadá.

Los niños multilingües constituyen un grupo muy diverso, procedente de entornos familiares diversos y con una gran variedad de experiencias vitales y lingüísticas. En los EE. UU., los niños que viven en un hogar multilingüe suelen tener padres que no han cursado estudios secundarios, es probable que crezcan con dificultades económicas y que se críen en contextos culturales específicos que pueden diferir de las normas habituales de los Estados Unidos. (Winsler et al., 2014). Además, se ha descubierto que los niños con padres inmigrantes (que probablemente sean multilingües) tienen más probabilidades de vivir en familias biparentales que los que tienen padres nacidos en los Estados Unidos (Hernandez & Napierala, 2012); las madres inmigrantes tienen más probabilidades de estar casadas, menos probabilidades de estar deprimidas y más probabilidades de tener familias más numerosas que las madres no inmigrantes (Mistry, Biesanz, Chien, Howes & Benner, 2008). Estos factores socioculturales representan una constelación de puntos fuertes y posibles retos para los niños multilingües que crecen en los EE. UU. [7]



Figura 14.3.1: Un niño con su abuela indonesia. ([1])

14.3: Demografía de los niños multilingües is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.4: Multilingüismo- creencias y conceptos erróneos

Creencias y conceptos erróneos

Las creencias y los conocimientos de los cuidadores sobre el multilingüismo afectan a sus prácticas de cuidado que, a su vez, pueden repercutir en los resultados del desarrollo de los niños. A medida que el multilingüismo de bebés y niños pequeños se convierte en un fenómeno prominente en los EE. UU., es fundamental examinar cómo las creencias y los conocimientos de los cuidadores en relación con el multilingüismo se relacionan con las experiencias lingüísticas de los niños en el cuidado de grupo y en los resultados del desarrollo de los niños con el tiempo. [7]

Una de las preocupaciones más comunes sobre el multilingüismo es que la exposición temprana a varios idiomas confunde a los niños. Las investigaciones no apoyan esta preocupación. Los bebés pequeños pueden percibir la diferencia entre diferentes idiomas en los primeros días o meses de vida (Bosch & Sebastián-Gallés, 2001; Byers-Heinlein, Burns & Werker, 2010). La infancia y la niñez representan un período sensible para la adquisición del lenguaje, cuando el cerebro es particularmente receptivo a las propiedades del lenguaje (Kuhl et al., 2005; Werker & Tees, 2005). Por esta razón, los niños multilingües expuestos a sus lenguas en una fase más temprana del desarrollo las dominan mejor y las hablan y procesan de forma más parecida a los nativos (Bialystok, 2001; Zhao, Boorom, Kuhl & Gordon, 2021). [3]

Otra preocupación común es que el multilingüismo infantil pueda causar trastornos y retrasos en el lenguaje. Las investigaciones no apoyan esta preocupación. Los trastornos y los retrasos del lenguaje se producen en los niños multilingües en las mismas proporciones que en los monolingües (Kohnert, Ebert & Pham, 2020; Peña et al., 2011). De hecho, muchos niños con diversas discapacidades del desarrollo también crecen siendo multilingües, incluidos los niños con deficiencias lingüísticas específicas (Paradis et al., 2011), los niños con síndrome de Down (Kay-Raining Bird et al., 2005) y los niños con trastorno del espectro autista (Gonzalez-Barrero & Nadig, 2019). Es importante destacar que los niños multilingües con discapacidades del desarrollo deberían tener dificultades en todas sus lenguas, no solo en una (Kohnert, 2010; Peña, Iglesias & Lidz, 2001; Restrepo & Kruth, 2000). El multilingüismo no causa ni facilita/agrava una posible afección de dislexia ni cualquier trastorno específico del lenguaje en general (Crescentini, Marini & Fabbro, 2012). Para garantizar una evaluación precisa del desarrollo del lenguaje de los bebés y de los niños pequeños multilingües, los cuidadores deben evaluar todas las lenguas del niño (Nayeb et al., 2021). [1] [3] [8]

14.4: Multilingüismo- creencias y conceptos erróneos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.5: En qué se diferencia el multilingüismo

La singularidad del multilingüismo

A medida que la población de niños pequeños multilingües sigue aumentando en los Estados Unidos, se ha producido la correspondiente explosión de investigaciones sobre su desarrollo. Estos resultados de las investigaciones proporcionan una base científica para diseñar los enfoques de los programas de cuidado infantil, y procedimientos de evaluación. [7]

Algunas características del desarrollo del lenguaje de los multilingües pueden parecer retrasos en el habla o en el lenguaje (Sandhofer & Uchikoshi, 2013). Los continuos retos que supone el procesamiento de más de una lengua y el cambio frecuente de una a otra dan lugar a un conjunto de puntos fuertes y necesidades lingüísticas y cognitivas diferentes para los niños multilingües que para los monolingües (Francis, 2021). Los niños pequeños que aprenden mediante dos lenguas progresan inicialmente más lento en cada una de ellas que los niños monolingües (Sandhofer & Uchikoshi, 2013). Además, suelen tener vocabularios más acotados en cada una de sus lenguas que los niños monolingües, pero el tamaño total de su vocabulario (la suma de lo que los niños saben en todas sus lenguas) es similar al de los niños monolingües (Core, Hoff, Rumiche y&Señor, 2013). Los jóvenes multilingües también tardan más en recordar palabras de la memoria y obtienen puntuaciones más bajas en las tareas de fluidez verbal, ya que su procesamiento del lenguaje es más complejo que el de los niños monolingües (Petitto et al., 2011). La mayoría de las veces, estas diferencias son temporales y desaparecen a medida que los jóvenes multilingües adquieren un mayor dominio de sus dos lenguas (Conboy, 2013). Es importante recordar que estas diferencias tempranas en el desarrollo del lenguaje de los jóvenes multilingües son solo eso: diferencias y no retrasos. Son un subproducto de los desafíos de escuchar, procesar y dar significado a varios sistemas lingüísticos durante los primeros años de la infancia. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Luo et al., (2021). Parental beliefs and knowledge, children's home language experiences, and school readiness: The dual language perspective. *Frontiers in Psychology*, *12*. CC by 4.0.

14.5: En qué se diferencia el multilingüismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.6: La ciencia del desarrollo del multilingüismo

Discriminación lingüística

Uno de los posibles retos para los niños que crecen con una exposición frecuente a varias lenguas es poder diferenciarlas. Poder separar las lenguas desde muy pronto parece crucial, dado que el niño tiene que establecer diferentes sistemas lingüísticos para las lenguas. [1]

Las primeras investigaciones sobre bebés monolingües han demostrado que los recién nacidos son capaces de discriminar entre diferentes lenguas, pero solo si estas pertenecen a clases rítmicas diferentes. Por ejemplo, los recién nacidos franceses podían discriminar el inglés del japonés, el español del italiano, pero no del holandés (Nazzi, Bertoncini & Mehler, 1998; Ramus *et al*., 2000). El único estudio sobre los efectos de la exposición multilingüe con recién nacidos analizó a los bebés de madres multilingües inglés-tagalo que utilizaron regularmente ambos idiomas durante el embarazo (Byers-Heinlein, Burns & Werker, 2010). El experimento probó la discriminación al utilizar un paradigma de habituación en el que los bebés fueron expuestos primero a frases en inglés o en tagalo hasta que su ritmo de succión de un chupete especial disminuyó por debajo de un criterio predefinido (habituación) y luego se les presentaron frases del otro idioma. Los resultados revelaron que tanto los bebés monolingües como los multilingües mostraron un aumento de su succión tras el cambio de idioma, lo que demuestra que los recién nacidos multilingües eran capaces de discriminar entre ambos idiomas, al igual que los monolingües. [1]

A la edad de 4 meses, los bebés monolingües comienzan a discriminar las lenguas de la misma clase rítmica de su lengua materna (Bosch & Sebastián-Gallés, 2001; Chong, Vicenik & Sundara, 2018; Molnar, Gervain & Carreiras, 2014; Nazzi, Jusczyk & Johnson, 2000), lo que indica que han adquirido algún inventario de claves que los ayudan a separar su lengua materna de otras. Al igual que los bebés monolingües, los bebés multilingües son capaces de discriminar entre lenguas a la misma edad que los monolingües (Bosch & Sebastián-Gallés, 2001; García, Guerrero-Mosquera, Colomer & Sebastián-Galles, 2018). Por ejemplo, los bebés monolingües en euskera y multilingües en español/euskera se habituaron primero a los estímulos de una lengua y luego se evaluaron con estímulos de ambas lenguas. Los resultados mostraron que ambos grupos eran capaces de discriminar entre las dos lenguas (Molnar, Gervain & Carreiras, 2014). Esto denota que, a la edad de 4 meses, los bebés multilingües han detectado algunas propiedades que separan sus dos lenguas y que pueden asignar estas propiedades específicamente a una de sus lenguas. [1]



Figura 14.6.1: Una cuidadora sosteniendo a un bebé en brazos. ([2])

Crecimiento del aprendizaje de palabras

El aprendizaje de palabras comienza en la segunda mitad del primer año de vida, con algunas evidencias de conocimiento de una cantidad limitada de palabras ya a los 6 meses (Bergelson & Swingley, 2012; Tincoff & Jusczyk, 1999, 2012). El aprendizaje de palabras aumenta entonces, muchas veces con una fuerte aceleración, en el segundo año de vida (Fenson, Dale, Reznick, Bates, Thal & Pethick, 1994). Este desarrollo temprano se caracteriza por una amplia variabilidad individual en el tamaño de los vocabularios receptivo y productivo. [1]

Como la información de los bebés multilingües se distribuye en más de una lengua, es probable que reciban menos información en cada una de sus lenguas que los monolingües, lo que puede repercutir en el desarrollo léxico temprano. Además, dado que los bebés multilingües varían en cuanto a la cantidad relativa de información que reciben en sus lenguas, estas podrían no desarrollarse a la misma velocidad. Estudios recientes apoyan estos puntos. Cuando se evalúa a los bebés multilingües en cada una de sus lenguas por

separado, los estudios indican que se retrasan con respecto a los monolingües a partir del segundo año de vida (Core, Hoff, Rumiche & Señor, 2013) y la cantidad relativa de exposición a cada lengua está relacionada con el crecimiento de esa lengua específica (Grüter, Hurtado, Marchman & Fernald, 2014). [1]

Un aspecto crucial a la hora de comparar las trayectorias de aprendizaje de palabras de los bebés monolingües y multilingües es la forma de contabilizar el vocabulario. Uno de ellos es el vocabulario conceptual: contar cada referente para el que un niño tiene una palabra en cualquiera de los dos idiomas (un niño francés-alemán obtendría un 1 por conocer *chien*, *hund* o ambos); otro enfoque es el vocabulario total, es decir, contar cada palabra conocida en ambos idiomas (el mismo niño obtendría un 2 por conocer tanto *chien* como *hund*). Es fundamental considerar cómo medir el crecimiento del vocabulario multilingüe, en especial cuando se compara con el de los monolingües, ya que los resultados pueden variar mucho (Hoff et al., 2012). Por ejemplo, en un estudio en el que se comparó a niños pequeños de 24 a 27 meses que eran monolingües en inglés y alemán, se halló que los vocabularios totales de los multilingües eran mucho mayores que sus vocabularios conceptuales y los vocabularios en inglés de los niños que aprendían inglés (Junker & Stockman, 2002). La evidencia también indica que el crecimiento del vocabulario está influenciado por el dominio del idioma, con puntuaciones de vocabulario más altas en el idioma dominante en comparación con el no dominante (Hoff et al., 2012). Lo que está claro es que cuando se evalúan los niveles de vocabulario de los multilingües al utilizar medidas que tienen en cuenta sus dos lenguas, se sitúan en un rango similar al de los bebés monolingües. Cuando se evalúa el desarrollo lingüístico de los multilingües, siempre se debe tener en cuenta el desarrollo de todas sus lenguas (Nayeb et al., 2021). [1]



Figura 14.6.1: Una niña pequeña (1.5 años) que crece en China. ([3])

Además de trazar la trayectoria de crecimiento del aprendizaje de palabras mediante el conocimiento del vocabulario, en algunos estudios se ha explorado el aprendizaje de palabras al investigar la velocidad a la que los bebés multilingües reconocen las palabras en cada una de sus lenguas. En investigaciones anteriores con monolingües, se ha revelado que la velocidad de procesamiento del lenguaje está relacionada con los resultados cognitivos y lingüísticos posteriores (Fernald, Perfors & Marchman, 2006; Hurtado, Marchman & Fernald, 2007; Marchman & Fernald, 2008). En un estudio con niños multilingües de 30 meses de habla español/inglés, los resultados revelaron que la velocidad de procesamiento en cada una de las lenguas de los niños estaba relacionada con su vocabulario en esa lengua específica (Marchman, Fernald & Hurtado, 2010). También se mostraron hallazgos similares en otro estudio con bebés multilingües de español/inglés de 16 a 22 meses (DeAnda, Hendrickson, Zesiger, Poulin-Dubois & Friend, 2018). Estas investigaciones indican que la velocidad de procesamiento del lenguaje y la adquisición de vocabulario están vinculadas en los multilingües, como se había descubierto en los monolingües, pero que este vínculo es específico del idioma. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Höhle et al., (2020). Variability and stability in early language acquisition: Comparing monolingual and bilingual infants' speech perception and word recognition. Bilingualism: *Language and Cognition*, *23*(1), 56-71. CC by 4.0.

[2] Imagen de Jonathan Borba en Unsplash.

[3] Imagen de chen lei en Unsplash.

14.6: La ciencia del desarrollo del multilingüismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.7: Efectos del multilingüismo en el desarrollo

Los niños multilingües crecen conociendo y utilizando varias lenguas, y su desarrollo no se asemeja al de “dos monolingües en una persona” (Grosjean, 1989). Una de las razones es que la experiencia de los niños se divide entre sus diferentes lenguas. Además, los niños multilingües deben hacer constantes “malabarismos mentales” con sus dos lenguas (Kroll et al., 2011; Kroll & Bialystok, 2013; Bosworth, Binder, Tyler & Morford, 2021), lo que puede suponer retos y oportunidades para la cognición, la representación y el procesamiento del lenguaje (Marian & Shook, 2012). La experiencia de ser multilingüe puede tener un impacto tanto en el cerebro como en el desarrollo cognitivo. [1]

Desarrollo del cerebro

Las investigaciones realizadas con bebés multilingües indican que el cerebro humano es capaz de adquirir varios idiomas de forma simultánea (Ferjan Ramírez et al., 2016; Garcia-Sierra, Ramírez-Esparza, & Kuhl, 2016), y que los bebés que crecen siendo multilingües eficientemente monitorean y controlan sus idiomas (Byers-Heinlein, Morin-Lessard, & Lew-Williams, 2017). Los estudios también muestran que la adquisición de varios idiomas en la infancia, en comparación con la adquisición de un idioma adicional en la infancia o en la adolescencia, da lugar a un procesamiento neural del lenguaje más eficaz (Berken, Gracco & Klein, 2017; Klein, Mok, Chen & Watkins, 2014) y a una mayor densidad de tejido cerebral en las regiones que apoyan el lenguaje, la memoria y la atención (Mechelli et al., 2004). [2]

El multilingüismo esculpe la organización funcional y estructural del cerebro (Arredondo, Aslin & Werker, 2021; Hayakawa & Marian, 2019; Pliatsikas, 2020). Por ejemplo, los bebés multilingües muestran diferentes respuestas cerebrales a los sonidos del habla nativos y no nativos en comparación con los monolingües (Conboy & Kuhl, 2011; Garcia-Sierra et al., 2011), y los niños multilingües reclutan diferentes áreas cerebrales durante el procesamiento de las frases (Jasinska & Petitto, 2013). Las investigaciones en adultos muestran que la edad de adquisición de una segunda lengua afecta las redes lingüísticas del cerebro (Berken, Gracco, & Klein, 2017), y la conectividad funcional (Kousaie, Chai, Sander, & Klein, 2017). Además, el multilingüismo también afecta la estructura de la materia gris (Andrea et al., 2004; Ressel et al., 2012) y blanca (Kuhl et al., 2016) en los adultos. Si se observa el tejido del cerebro, hay regiones que contienen predominantemente cuerpos celulares neuronales y dendritas, y regiones que están compuestas en gran parte solo por axones. Estas dos regiones suelen denominarse materia gris (las regiones con muchos cuerpos celulares y dendritas) o materia blanca (las regiones con muchos axones mielinizados). Los patrones de las diferencias estructurales parecen depender de si las lenguas se adquirieron de forma simultánea desde el nacimiento o de forma secuencial antes de los cinco años (Berken, Gracco, Chen & Klein, 2015), lo que indica que el momento del multilingüismo interactúa con el desarrollo del cerebro.[1] [3]

Garcia et al. (2018) analizaron la actividad cerebral de bebés monolingües y multilingües de 4.5 meses en su lengua materna y en dos lenguas extranjeras. En la Figura 14.7.1, se muestran las formas de onda del potencial relacionado con el evento (event related potential, ERP) de niños pequeños monolingües (lado izquierdo) y multilingües (lado derecho) a los idiomas nativos (azul), italiano (verde) y alemán (rojo). El componente del ERP que examinaron fue el P200. La mayoría de los componentes del ERP se denominan con una letra (por lo general, N o P) que indica la polaridad (negativa/positiva), seguida de un número que indica la latencia o el retraso temporal entre la presentación de un estímulo y la respuesta cerebral específica en milisegundos. Así, el componente P200 se refiere a un pico positivo de unos 200 ms después del estímulo. [4]

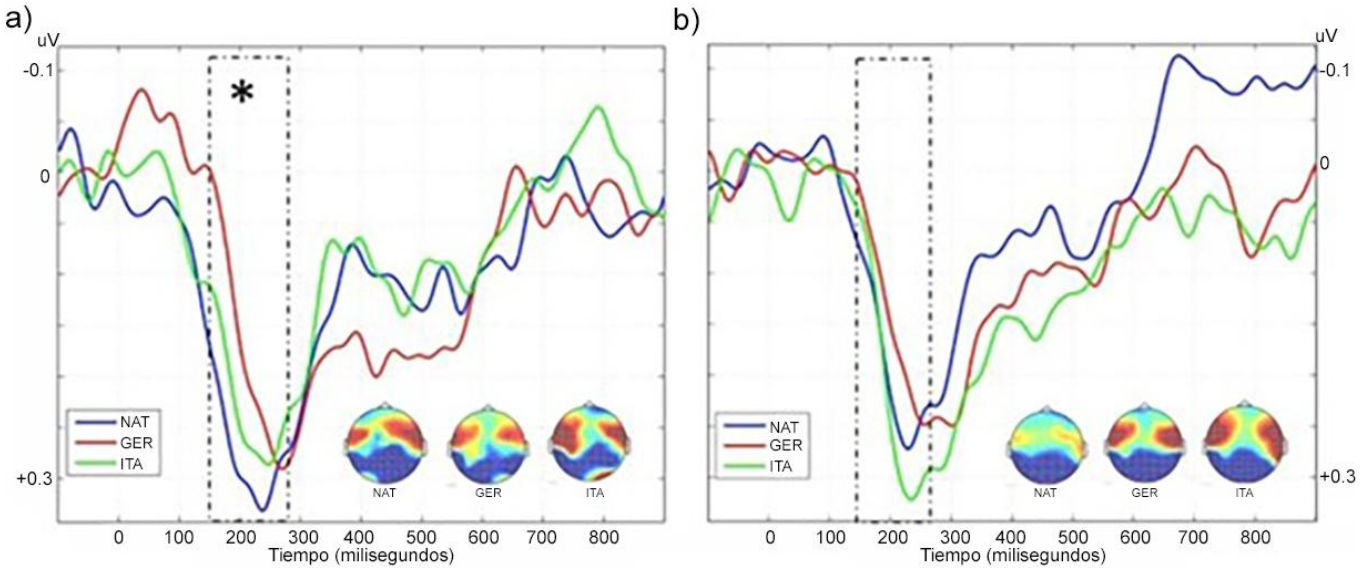


Figura 14.7.1: Las formas de onda del ERP a lenguas nativas y no nativas en bebés monolingües (a) y multilingües (b) de cuatro meses. ([5])

Aunque ambos grupos de bebés mostraron una respuesta P200 a todos los idiomas, los monolingües mostraron latencias más cortas (menos tiempo de procesamiento) del componente P200 para su idioma nativo en comparación con el idioma de la clase rítmica diferente (alemán). En otras palabras, la forma de onda P200 de los monolingües que escuchan su lengua materna se produjo antes que sus respuestas para las lenguas no nativas, en especial el alemán. Esto puede verse en la Figura 14.7.1 por el pico temprano de la forma de onda para su lengua materna. En cambio, los multilingües no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la latencia del componente P200 para ninguna de las lenguas. Esta falta de diferencias puede reflejar la menor familiaridad de los multilingües con cada una de sus lenguas, ya que la entrada del habla de los multilingües se divide en varias lenguas. Por lo tanto, la respuesta P200 de los multilingües a su lengua materna sería más parecida a la provocada por las lenguas desconocidas para los monolingües. Los resultados apuntan a la existencia de diferentes estrategias de discriminación lingüística para los bebés multilingües y monolingües. Mientras que solo los bebés monolingües muestran una discriminación temprana de su lengua materna basada en la familiaridad, los multilingües realizan un patrón de procesamiento posterior que es compatible con un aumento de la atención a la señal del habla. Esta es la primera prueba encontrada de una especialización cerebral única inducida por el multilingüismo. [6]

Los estudios de neuroimagen indican que los bebés monolingües activan una red cerebral lateralizada a la izquierda en respuesta al lenguaje hablado, que es similar a la red implicada en el procesamiento del lenguaje hablado y de signos en la edad adulta. La lateralización izquierda del lenguaje se refiere a que el cerebro procesa el lenguaje principalmente en el lado izquierdo. ¿Cómo influye la experiencia lingüística, como el hecho de ser multilingüe, en este proceso de lateralización hacia la izquierda? Para responder a esta pregunta, los investigadores llevaron a cabo un experimento de espectroscopia funcional del infrarrojo cercano (functional near-infrared spectroscopy, fNIRS) con 60 bebés de 4 a 8 meses de edad (Mercure et al., 2020), de los cuales algunos bebés eran monolingües de lenguaje hablado y otros eran multilingües de lenguaje hablado, pero ninguno de estos dos grupos se había expuesto a la lengua de señas. [7]



Figura 14.7.2: Unos bebés participando en un experimento de fNIRS. [8]

La espectroscopia funcional en el infrarrojo cercano (fNIRS) mide las respuestas hemodinámicas (flujo sanguíneo) provocadas por la activación neuronal mediante la proyección de luz en el infrarrojo cercano en el cerebro. En la Figura 14.7.2, se muestra a un bebé y a un niño pequeño con la gorra de la fNIRS durante un experimento. Cuando esta luz pasa por la cabeza, parte de ella se absorbe por la sangre que fluye por el cerebro. Cuando el cerebro está activo, requiere oxígeno del torrente sanguíneo; cuanto más trabaje una zona concreta del cerebro, más sangre oxigenada se enviará a esa zona y más luz se absorberá allí. Dado que el gorro de la fNIRS mide la cantidad de luz que vuelve a salir del cerebro, las zonas con menos luz que las atraviesan son las más activas. [7] [9]

\

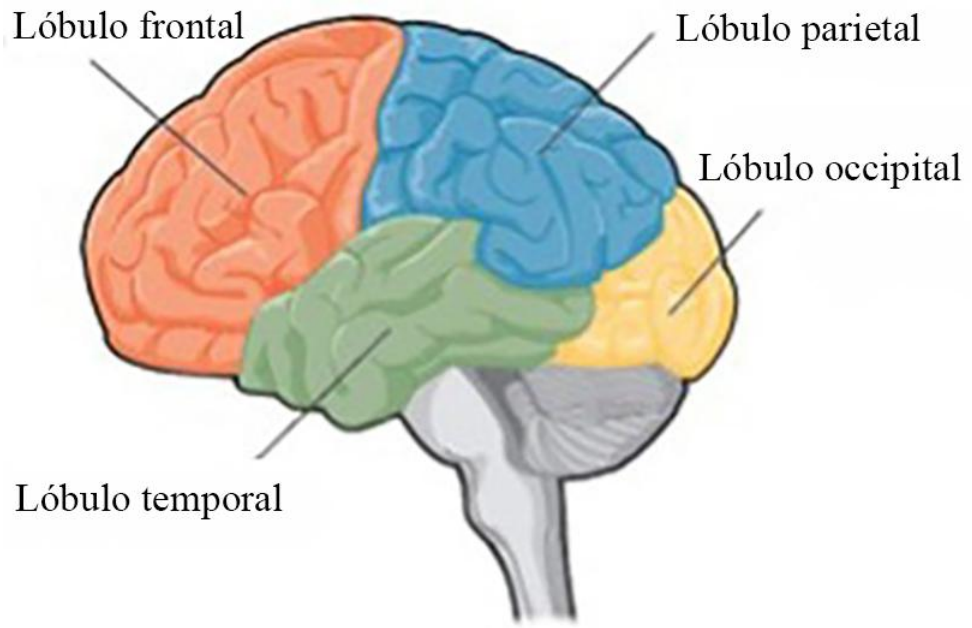


Figura 14.7.3: Los lóbulos del cerebro. ([10])

Como se muestra en la Figura 14.7.4, en todos los bebés, la visualización del lenguaje de señas provocó un aumento significativo de la sangre oxigenada principalmente en el área temporoparietal derecha cuando todos los bebés se consideraron juntos como un solo grupo. En los monolingües, el lenguaje de señas provocó un aumento de la sangre oxigenada en el área temporoparietal de ambos hemisferios. En los multilingües, se observó un aumento significativo de la sangre oxigenada en el área temporoparietal derecha. Los resultados indican que el tejido neural que soporta el lenguaje es plástico en la infancia y está influenciado por la entrada del lenguaje y la modalidad del lenguaje (modalidad hablada frente a la modalidad de señas), lo que indica que puede haber diferentes vías neuronales para el desarrollo del lenguaje en función de las diferentes experiencias lingüísticas. [17]

Como se muestra en la Figura 14.7.4, en todos los bebés, la visualización del lenguaje de señas provocó un aumento significativo de la sangre oxigenada principalmente en el área temporoparietal derecha cuando todos los bebés se consideraron juntos como un solo grupo. En los monolingües, el lenguaje de señas provocó un aumento de la sangre oxigenada en el área temporoparietal de ambos hemisferios. En los multilingües, se observó un aumento significativo de la sangre oxigenada en el área temporoparietal derecha. Los resultados indican que el tejido neural que sustenta el lenguaje es plástico en la infancia y está influenciado por la entrada del lenguaje y la modalidad lingüística (modalidad hablada frente a modalidad de señas), lo que indica que puede haber diferentes vías neurales para el desarrollo del lenguaje en función de las diferentes experiencias lingüísticas. [7]

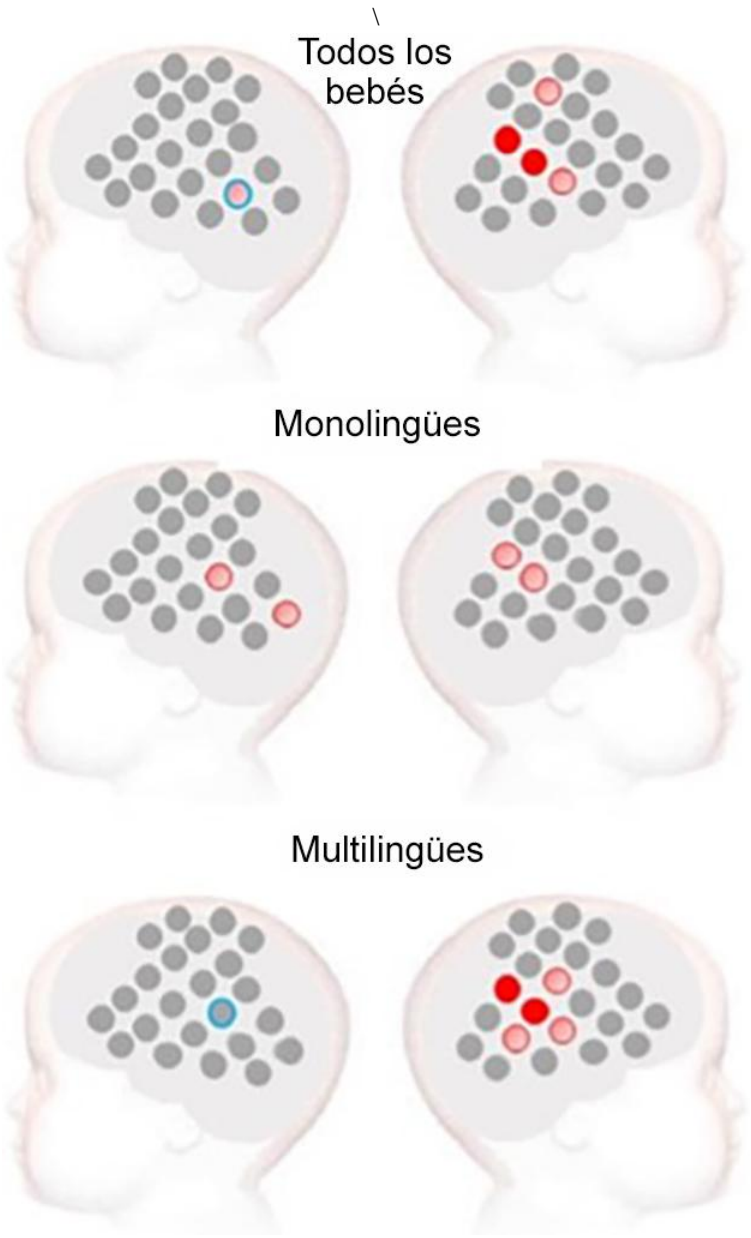


Figura 14.7.4: Activación para el lenguaje de señas en (A) todos los bebés, (B) monolingües y (C) multilingües de lenguaje hablado. ([8])

Aunque la investigación sobre el desarrollo del cerebro del multilingüismo de bebés y niños pequeños es un área en crecimiento con más preguntas que respuestas, la investigación hasta ahora parece indicar que, al igual que lo que ha descubierto la investigación del comportamiento, el desarrollo de los multilingües es algo único y diferente al de los monolingües.

Desarrollo cognitivo

¿Ser multilingüe conlleva una mejora de las capacidades cognitivas? Muchos afirman que la experiencia del multilingüismo conlleva una ventaja cognitiva en el funcionamiento ejecutivo, una opinión que ha ganado mucha fuerza en los medios de comunicación populares. Según la hipótesis predominante de la ventaja multilingüe, ya que las representaciones mentales de cada lengua están siempre “encendidas”, los multilingües adquieren una gran práctica en la selección y en el control de la atención tras años de experiencia en la gestión de conflictos entre representaciones mentales fonológicas y léxicas que compiten entre sí. Con el paso del tiempo, estos efectos de la práctica se generalizan a problemas fuera del dominio del lenguaje y contribuyen a una ventaja bilingüe en el funcionamiento ejecutivo (Bialystok, 2011, 2017; Bialystok, Craik & Luk, 2012; Kroll & Bialystok, 2013). En las investigaciones, se observa que las posibles ventajas cognitivas de ser multilingüe aparecen pronto, incluso en los tres primeros años de vida. [11]

La idea de que cada lengua conocida por un multilingüe está siempre “encendida” indica que incluso cuando están hablando, escribiendo, escuchando o pensando en una lengua, se activan de forma simultánea las representaciones mentales para las otras lenguas (Kroll, Bobb & Hoshino, 2014). Por ejemplo, en la Figura 14.7.5, hay tres imágenes: un trozo de papel, un queso (en cuñas y en rodajas) y un reloj de pulsera. En un experimento de seguimiento ocular, los investigadores mostraron a los participantes varios estímulos que contenían muchas imágenes similares a esta (Shook & Marian, 2012), . Mientras los participantes miraban las imágenes, oían una afirmación que nombraba una imagen específica del conjunto, y todo lo que tenían que hacer era mirar la imagen nombrada. Así pues, si un participante estaba mirando el conjunto de imágenes de la Figura 14.7.5 y oía “queso”, solo tenía que mirar la foto del queso. Bastante simple, ¿no? Sin embargo, los resultados revelaron algo interesante.

\



Figura 14.7.1: Los estímulos que se utilizaron para activar de forma simultánea las representaciones lingüísticas mentales de los multilingües. ([12])

Algunos de los participantes miraron otra imagen antes de mirar la imagen nombrada en cada pista. Para saber por qué, tenemos que examinar más de cerca los antecedentes de los participantes. En este estudio, los participantes eran monolingües de inglés y multilingües de la lengua de señas estadounidense (American Sign Language, ASL) e inglés. Las imágenes se seleccionaron cuidadosamente para que contuvieran imágenes con traducciones en ASL que compartieran rasgos fonológicos. Las señas de la ASL para “queso” y “papel” son fonológicamente similares. Para ilustrarlo, la Figura 14.7.6 muestra las señas de la ASL para “queso” y “papel”. Estas dos señas comparten la característica fonológica de la forma de la mano. Los resultados del estudio revelaron que los multilingües en ASL/inglés pasaron más tiempo mirando las señas que eran fonológicamente similares a la imagen nombrada (Shook & Marian, 2012). Los resultados indican que, a pesar de que el estudio se llevó a cabo en inglés y no involucró a la ASL en absoluto, la ASL se activó de forma simultánea cuando se activó el inglés. Este estudio respalda a muchos otros al constatar que las representaciones mentales de cada lengua están siempre activas en los multilingües (Kroll & Bialystok, 2013; Villwock, Wilkinson, Piñar & Morford, 2021).

\



Figura 14.7.1: Las señas de la ASL para “queso” y “papel”. ([13])

Las capacidades cognitivas mejoradas, principalmente relacionadas con la función ejecutiva, aparecen de forma temprana, incluso en la infancia y en la niñez (Barac, Bialystok, Castro & Sánchez, 2014). Los niños pequeños bilingües de 24 a 31 meses muestran un mayor control inhibitorio, otra función ejecutiva, en comparación con los niños pequeños monolingües (Crivello et al., 2016). En un estudio, incluso, se hallaron pruebas de que las capacidades cognitivas mejoran en la infancia. Los bebés de siete meses tienen un mayor control cognitivo, otra función ejecutiva, en comparación con los bebés monolingües (Kovács & Mehler, 2009). [14]

Es importante señalar que no todos los estudios han hallado ventajas cognitivas relacionadas con el multilingüismo (Giguere, Dickson, Tulloch & Hoff, 2022). Sin embargo, un número creciente de comparaciones a gran escala de adultos multilingües y monolingües (Lehtonen et al., 2018; Nichols et al., 2020; Paap et al., 2013, 2015) han puesto en duda el relato de la ventaja multilingüe. A pesar de que en muchos estudios se afirma que hay pruebas de apoyo a partir de conjuntos de multilingües evaluados a lo largo de la vida, estos efectos multilingües son actualmente objeto de un intenso debate de investigación. Por

ejemplo, en un estudio de más de 11,000 personas, cuando se controlaron las variables de confusión, los multilingües no mostraron ninguna ventaja en la función ejecutiva (Nichols et al., 2020). Al igual que con los estudios sobre adultos, los grandes metanálisis sobre la investigación general con niños multilingües han encontrado poco apoyo para una ventaja cognitiva (Gunnerud et al., 2020; Lowe, Cho, Goldsmith & Morton, 2021). [15]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Byers-Heinlein et al., (2019). The case for measuring and reporting bilingualism in developmental research. *Collabra: Psychology, 5*(1). CC by 4.0.

[2] Ramírez & Kuhl (2020). Early second language learning through SparkLing™: Scaling up a language intervention in infant education centers. *Mind, Brain, and Education, 14(2), 94-103.* CC by 4.0.

[3] "Anatomy and Physiology" en OpenStax tiene licencia CC by 4.0.

[4] "Event-related potential" de Wikipedia tiene licencia CC by SA 3.0.

[5] Imagen de Garcia et al., (2018). Evoked and oscillatory EEG activity differentiates language discrimination in young monolingual and bilingual infants. *Scientific Reports, 8*(1), 1-9. CC by 4.0.

[6] Garcia et al., (2018). Evoked and oscillatory EEG activity differentiates language discrimination in young monolingual and bilingual infants. *Scientific Reports, 8*(1), 1-9. CC by 4.0.

[7] Mercure et al., (2020). Language experience impacts brain activation for spoken and signed language in infancy: Insights from unimodal and bimodal bilinguals. *Neurobiology of Language, 1*(1), 9-32 CC by 4.0

[8] Imágenes adaptadas de Mercure et al., (2020) Language experience impacts brain activation for spoken and signed language in infancy: Insights from unimodal and bimodal bilinguals. *Neurobiology of Language, 1*(1), 9-32 CC by 4.0 y Soltanlou & Artemenko (2020). Using light to understand how the brain works in the classroom. *Frontiers in Young Minds, 8*, 88. CC by 4.0.

[9] Aanestad et al., (2021) What is happening in children's brains when they are playing pretend? *Frontiers in Young Minds, 9*, 644083.

[10] Imagen adaptada de "*The brain and spinal cord*" en OpenStax con licencia CC by 4.0.

[11] Lowe et al., (2021). The bilingual advantage in children's executive functioning is not related to language status: A meta-analytic review. *Psychological Science, 32*(7), 1115-1146.

[12] Imágenes adaptadas de Unsplash.

[13] Imágenes adaptadas de Hochgesang, Crasborn & Lillo-Martin (2022). ASL Signbank. New Haven, CT: Haskins Lab, Yale University. CC by NC SA 4.0.

[14] NC Espinosa (2015). Challenges and benefits of early bilingualism in the US context. *Global Education Review, 2*(1). CC by 3.0.

[15] Leivada et al., (2021). On the phantom-like appearance of bilingualism effects on neurocognition: (How) should we proceed? *Bilingualism: Language and Cognition, 24*(1), 197-210. CC by 4.0.

14.7: Efectos del multilingüismo en el desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.8: Estrategias para los cuidadores que trabajan con bebés y niños pequeños multilingües

Los cuidadores desempeñan un papel fundamental para favorecer el desarrollo del lenguaje de los bebés y niños pequeños multilingües (Adamson et al., 2021; Grüter, Hurtado, Marchman & Fernald, 2014). Veamos ahora varias estrategias lingüísticas que los cuidadores pueden poner en práctica con los jóvenes multilingües.

Favorecer las lenguas heredadas

Todos los niños pequeños en entornos multilingües tienen el potencial de aprender varias lenguas al mismo tiempo y desarrollar un nivel similar de competencia en cada una de ellas (Albareda-Castellot, Pons, & Sebastián-Gallés, 2011; Pearson, Fernandez, Lewedeg, & Oller, 1997). El dominio requiere una exposición suficiente y oportunidades de aprendizaje de alta calidad en cada idioma; sin embargo, en los Estados Unidos, esto rara vez ocurre (Hoff et al., 2012), a pesar de que muchos padres expresan su preferencia por proveedores de cuidado infantil que hablen la lengua heredada del niño (Ward, Oldham LaChance, & Atkins, 2011). El término lengua heredada se refiere a una lengua que se habla en la casa, pero que no la habla la mayoría de la sociedad que utiliza la lengua social. En los Estados Unidos, es más probable que los bebés y niños pequeños multilingües reciban atención multilingüe cuando tienen 9 meses, menos probable a los 24 meses y muy poco probable que reciban servicios de cuidado infantil multilingüe una vez que tienen 52 meses y asisten a una guardería en un centro (Espinosa et al., 2017). Los niños multilingües están cada vez menos expuestos a su lengua heredada en las guarderías a medida que crecen, lo que refleja el cambio del cuidado prestado principalmente por los familiares durante la infancia y los primeros años de la niñez a cuidados en centros durante los últimos años de la infancia y la etapa preescolar. Los familiares eran los más propensos, y los cuidadores de los centros, los menos propensos, a utilizar la lengua heredada de la familia. Con esta investigación, se indica que, en los Estados Unidos, los bebés y los niños pequeños multilingües que asisten a programas de cuidado infantil tienen menos oportunidades de desarrollar el dominio de sus dos idiomas, ya que el aprendizaje en inglés es lo más habitual en los programas en centros de cuidado infantil. [1] [2] [3]



Figura 14.8.1: Una cuidadora interactuando con unos bebés. ([4])

Los cuidadores de los centros de cuidado infantil pueden hacer mucho para favorecer el desarrollo multilingüe de los bebés y de los niños pequeños. Los cuidadores pueden adaptar las prácticas pedagógicas para incluir el uso de las lenguas heredadas de los niños de forma sencilla, tales como con carteles colgados en la pared, libros y canciones que incluyan las lenguas de herencia. Fomentar la participación activa de los familiares y la comunidad, que comparten las mismas lenguas heredadas que los niños, como parte fundamental del aula. Si es posible, en la búsqueda de empleo se puede hacer hincapié en la contratación de personal que hable las mismas lenguas que los niños inscritos. Los cuidadores también pueden dedicar tiempo a aprender palabras comunes y frases básicas en la lengua heredada del niño. [1]

Cantidad y calidad de las lenguas

Al igual que en el caso de los niños monolingües, la cantidad y la calidad de la lengua a la que están expuestos los niños multilingües es importante (Adamson et al., 2021; Grüter, Hurtado, Marchman & Fernald, 2014). La cantidad se refiere a la cantidad de la lengua, y la calidad se refiere a cómo se comparte la lengua con los niños. Es fundamental que la cantidad y la calidad del entorno lingüístico proporcionado por los cuidadores sean más importantes que la lengua que estos utilizan (Song, Luo & Liang, 2021; Unsworth, 2016). Por lo tanto, los cuidadores deben comunicarse principalmente con los bebés y los niños pequeños en las lenguas que más dominan para maximizar la calidad de su aporte lingüístico. [5]

Los cuidadores que exponen a los niños a más lenguaje tienen niños con mayores capacidades lingüísticas (Hoff, 2006; Weisleder & Fernald, 2013). En un estudio longitudinal, se evaluó a niños pequeños multilingües de español/inglés a los 30 meses y de nuevo a los 36 meses (Hurtado, Grüter, Marchman & Fernald, 2014).

Los resultados revelaron que los niños pequeños que estaban expuestos a más lenguaje mostraban mayores capacidades lingüísticas. Es importante destacar que la cantidad de exposición en un idioma concreto estaba relacionada con el nivel de crecimiento en ese idioma. Así, en el caso de los niños pequeños multilingües de español/inglés, los niños que recibieron un mayor nivel de exposición al español en relación con el inglés mostraron un mayor desarrollo en español en comparación con el inglés. En algunas investigaciones, también se ha hallado una relación interlingüística con los niños multilingües, lo que muestra que una base sólida de una lengua heredada puede apoyar la adquisición de una lengua adicional, como el inglés (Cha & Goldenberg, 2015; Kim, Curby & Winsler, 2014; Willard et al., 2021). Los niños pequeños multilingües de inglés/español que tenían mejores habilidades de procesamiento del idioma español a los dos años tuvieron habilidades más sólidas del idioma inglés a los cuatro años y medio (Marchman, Bermúdez, Bang & Fernald, 2020). Esta investigación es muy importante porque brinda validación científica para apoyar las lenguas heredadas en los programas de cuidado infantil en inglés.

La calidad de la exposición a la lengua puede incluir varias formas de compartir la lengua con los bebés y los niños pequeños. Cuando los niños participan en interacciones lingüísticas más frecuentes y de mayor calidad con los cuidadores demuestran mejores resultados lingüísticos y académicos a largo plazo (Adamson et al., 2021; Hirsh-Pasek et al., 2015; Huttenlocher et al., 2010; Pace et al., 2019; Storch & Whitehurst, 2002). Aunque muchos estudios se centran en las familias anglófonas (Hirsh-Pasek et al., 2015; Masek et al., 2021), las interacciones lingüísticas tempranas de alta calidad también favorecen las habilidades comunicativas de los niños de otros orígenes culturales y lingüísticos. Por ejemplo, los estudios que investigaron el uso de un lenguaje más complejo y elaborado por parte de los cuidadores hispanohablantes descubrieron que promovía las habilidades narrativas de los niños (Escobar, Melzi & Tamis-LeMonda, 2017; Hammer & Sawyer, 2016; Luo et al., 2014; Tamis-LeMonda et al., 2014). Además, las conversaciones más frecuentes de ida y vuelta en las interacciones entre los cuidadores y los niños cuando los niños tenían 2.5 años predijeron el desarrollo posterior del lenguaje y la alfabetización en los niños multilingües de español/inglés (Adamson et al., 2021). [6]

La exposición lingüística de calidad puede producirse durante todas y cada una de las interacciones que los cuidadores tienen con los bebés y los niños pequeños. Analicemos ahora varias estrategias que los cuidadores pueden utilizar para mejorar la calidad del lenguaje que comparten con los niños.

Lenguaje dirigido al bebé

Cuando los cuidadores interactúan con los bebés, su habla suele adoptar rasgos específicos y distintivos conocidos como el habla dirigida al bebé (Fernald et al., 1989). El habla dirigida al bebé (Infant-directed speech, IDS) es producida por los cuidadores de la mayoría (aunque no todos) de los orígenes lingüísticos y culturales, y se caracteriza por lo general por una cadencia lenta, melódica, aguda y exagerada (Broesch & Bryant, 2015; Farran, Lee, Yoo & Oller, 2016; Fernald et al., 1989). Desde los primeros años de vida, los bebés sintonizan su atención con el IDS, por lo que prefieren escuchar el IDS sobre el discurso dirigido al adulto al nacer (Cooper & Aslin, 1990), así como más tarde en la infancia (Cooper & Aslin, 1994; Cooper et al., 1997; Fernald, 1985; Hayashi, Tamekawa & Kiritani, 2001; Kitamura & Lam, 2009; Newman & Hussain, 2006; Santesso et al., 2007; Werker & McLeod, 1989). [7]



Figura 14.8.2: Una cuidadora sosteniendo a un bebé sonriente en brazos. ([8])

Al igual que los lactantes monolingües, los lactantes multilingües prefieren escuchar el IDS en comparación con el habla dirigida al adulto (Byers-Heinlein *et al*., 2021). El IDS es un aspecto importante de la exposición lingüística de calidad para los bebés, no solo porque prefieren escucharlo, sino también porque está relacionado con un mayor crecimiento del lenguaje (García-Sierra, Ramírez-Esparza, Wig & Robertson, 2021).

Los cuidadores que utilizan más el IDS tienen bebés y niños pequeños con mayores habilidades lingüísticas (Kalashnikova & Carreiras, 2021; Weisleder & Fernald, 2013). En varios estudios, se halló que una mayor exposición al IDS está relacionada con un

mayor tamaño del vocabulario en los bebés multilingües (Ramírez- Esparza et al., 2017; Rosslund, Mayor, Óturai & Kartushina, 2021). [7]

Lectura

La lectura con los bebés y los niños pequeños es una forma poderosa de aumentar tanto la cantidad como la calidad de la lengua a la que están expuestos. Solo la lectura de un libro ilustrado por día puede dar lugar a un aumento de unas 78,000 palabras por año (Logan, Justice, Yumus & Chaparro-Moreno, 2019). Prácticas como la lectura compartida de libros, en la que un cuidador lee al niño, pueden favorecer la adquisición del lenguaje (Dolean, 2021; Escobar, Melzi & Tamis-LeMonda, 2017; Tsybina & Eriks-Brophy, 2010) y las habilidades de alfabetización (Rodriguez & Tamis-LeMonda, 2011; Sénéchal & LeFevre, 2002). Sin embargo, algunas investigaciones indican que los cuidadores tienden a enfatizar una lengua sobre la otra en sus prácticas de alfabetización, lo que conduce a una exposición desequilibrada a las lenguas de los niños (Gonzalez-Barrero et al., 2021). Además, los cuidadores suelen carecer de acceso a materiales de alfabetización en lenguas heredadas y formatos multilingües (Ahooja et al, 2021; Mosty, Lefever & Ragnarsdóttir, 2013; Zhang & Slaughter-Defoe, 2009). Por ejemplo, las familias vietnamitas en Taiwán tienen muy pocos libros infantiles en vietnamita en casa (Yeh et al., 2015), y las familias chinas que viven en San Francisco tienen muy pocos recursos en chino para los niños pequeños en casa (Lao, 2004). [9] [10]



Figura 14.8.3: Un niño leyendo un libro en holandés. ([11])

Para favorecer el desarrollo lingüístico multilingüe de los bebés y niños pequeños por medio de la lectura, los programas de cuidado infantil deben tener varios libros multilingües adecuados para la edad que representen los idiomas de los niños inscritos. Los cuidadores multilingües que comparten una lengua heredada con los niños deben leer en su lengua compartida. Los programas de cuidado infantil pueden invitar a los miembros de la familia y de la comunidad multilingüe al programa para leer con los niños en sus lenguas heredadas. Para mejorar el acceso a los libros adecuados para la edad, los programas de cuidado de niños pueden consultar a las familias inscritas para obtener libros de calidad e incluso crear ellos mismos libros multilingües.



Figura 14.8.4: Una página de un libro multilingüe en inglés y en lengua de señas estadounidense (Copyright; autor en la fuente)

La lectura con todos los niños, pero en especial con los bebés y los niños pequeños, debe ser algo más que la simple lectura de las palabras en las páginas. Para mejorar la calidad de la lectura compartida, los cuidadores pueden aplicar estrategias de lectura dialogada. Las estrategias de lectura dialógica ayudan a los cuidadores a crear una interacción con el niño durante la lectura compartida. La lectura dialógica suele implicar reestructuraciones, ampliaciones y preguntas abiertas en un intento de andamiar la experiencia de lectura interactiva, lo cual ha demostrado tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje del niño (Baker & Nelson, 1984; Cleave et al., 2015; Girolametto & Weitzman, 2002; Huttenlocher et al., 2010; Opel, Ameer & Aboud, 2009). Estas estrategias se conocen como la secuencia PEER. Al aplicar la secuencia PEER, el cuidador hace lo siguiente: [12]

le indica al niño que diga algo sobre el libro;

- evalúa la respuesta del niño;
- amplía la respuesta del niño; y

- repite la indicación para ayudar al niño a aprender de la expansión.

Un elemento fundamental de la lectura dialógica es el uso de indicaciones para iniciar la secuencia PEER mientras se lee con el niño. El acrónimo CROWD hace referencia a cinco indicaciones recomendadas: [12]

- Finalizaciones
- Reclamaciones
- Preguntas abiertas
- Preguntas que empiezan con “Q”
- Preguntas de distanciamiento

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Espinosa (2015). Challenges and benefits of early bilingualism in the US context. *Global Education Review*, *2*(1). CC by 3.0 NC.

[2] Espinosa et al., (2017). Child care experiences among dual language learners in the United States: Analyses of the Early Childhood Longitudinal Study–Birth Cohort. *AERA Open*, *3*(2), 2332858417699380. CC by 4.0.

[3] Meir & Janssen (2021) Child Heritage Language Development: An interplay between cross-linguistic influence and language-external factors. *Frontiers in Psychology*, *12*, 651730-651730. CC by 4.0.

[4] Imagen de Ramírez & Kuhl (2020) Early second language learning through SparkLing™: Scaling up a language intervention in infant education centers. *Mind, Brain, and Education, 14(2), 94-103.* CC by 4.0.

[5] Luo et al., (2021). Parental beliefs and knowledge, Children’s home language experiences, and school readiness: The dual language perspective. *Frontiers in Psychology, 12*. CC by 4.0.

[6] Rumper et al., (2021). Beyond translation: Caregiver collaboration in adapting an early language intervention. Frontiers in Education, 6.

[7] Byers-Heinlein et al., (2021). A multilab study of bilingual infants: Exploring the preference for infant-directed speech. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, *4*(1), 2515245920974622. CC by 4.0.

[8] Imagen de M.T ElGassier enUnsplash.

[9] Fibla et al., (preimpresión de 2021). Bilingual language development in infancy: What can we do to support bilingual families? CC by 4.0.

[10] Ahooja et al., (2021, preimpresión). Family language policy among Québec-based parents raising multilingual infants and toddlers: A study of resources as a form of language management. CC by 4.0.

[11] Imagen de Sven Brandsma en Unsplash.

[12] Noble et al., (2020). The impact of interactive shared book reading on children's language skills: A randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63*(6), 1878-1897. CC by 4.0.

14.8: Estrategias para los cuidadores que trabajan con bebés y niños pequeños multilingües is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.9: Conclusión

Conclusión de “Apoyo al desarrollo del lenguaje en el cuidado grupal”

El lenguaje se desarrolla rápidamente durante los tres primeros años de vida y la cantidad y calidad de la exposición al lenguaje es importante no solo para el desarrollo posterior del lenguaje, sino también para las capacidades cognitivas y académicas posteriores. Los cuidadores desempeñan un papel esencial a la hora de exponer a los niños a una gran cantidad y calidad de lenguaje y pueden utilizar muchas estrategias para mejorar su capacidad al hacerlo.

14.9: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

14.10: Referencias

Adamson, L. B., Caughy, M. O. B., Bakeman, R., Rojas, R., Owen, M. T., Tamis-LeMonda, C. S., Pacheco, D., Pace, A. & Suma, K. (2021). The quality of mother-toddler communication predicts language and early literacy in Mexican American children from low-income households. *Early Childhood Research Quarterly, 56*, 167-179.

Ahooja, A., Brouillard, M., Quirk, E., Ballinger, S., Polka, L., Byers-Heinlein, K., & Kircher, R. (preimpresión de 2021). Family language policy among Québec-based parents raising multilingual infants and toddlers: A study of resources as a form of language management. https://doi.org/10.31234/osf.io/sa7h5

Albareda-Castellot, B., Pons, F., & Sebastián-Gallés, N. (2011). The acquisition of phonetic categories in bilingual infants: New data from an anticipatory eye movement paradigm. *Developmental Science*, *14*(2), 395-401.

Anderson, J. A. E., Mak, L., Keyvani Chahi, A., Bialystok, E. (2018). The language and social background questionnaire: Assessing degree of bilingualism in a diverse population. *Behavior Research Methods*, *50*(1), 250-263.

Arredondo, M. M., Aslin, R. N., & Werker, J. F. (2021). Bilingualism alters infants' cortical organization for attentional orienting mechanisms. *Developmental Science*.

Baker, C. (2006). *Foundations of bilingual education and bilingualism* (4.a ed.). Clevedon: Multilingual Matters.

Baker, N. D., & Nelson, K. E. (1984). Recasting and related conversational techniques for triggering syntactic advances by young children. *First Language*, *5*(13), 3-21.

Barac, R., Bialystok, E., Castro, D. C., & Sánchez, M. (2014). The cognitive development of young dual language learners: A critical review. *Early Childhood Research Quarterly*, *29*(4), 699-714.

Baum, S., Titone, D. (2014). Moving toward a neuroplasticity view of bilingualism, executive control, and aging. *Applied Psycholinguistics*, *35*(5), 857-894.

Bergelson, E., & Swingley, D. (2012). At 6–9 months, human infants know the meanings of many common nouns. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(9), 3253-3258.

Berken, J. A., Gracco, V. L., Chen, J. K., & Klein, D. (2016). The timing of language learning shapes brain structure associated with articulation. *Brain Structure and Function*, *221*(7), 3591-3600.

Berken, J. A., Gracco, V. L., & Klein, D. (2017). Early bilingualism, language attainment, and brain development. *Neuropsychologia*, *98*, 220-227.

Bialystok, E. (2001). *Bilingualism in development: Language, literacy, and cognition*. Cambridge University Press.

Bialystok, E. (2011). Coordination of executive functions in monolingual and bilingual children. *Journal of Experimental Child Psychology*, *110*(3), 461-468.

Bialystok, E. (2017). The bilingual adaptation: How minds accommodate experience. *Psychological Bulletin*, *143*(3), 233.

Bialystok, E., Craik, F. I., & Luk, G. (2012). Bilingualism: consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(4), 240-250.

Bosch, L., & Sebastián-Gallés, N. (2001). Evidence of early language discrimination abilities in infants from bilingual environments. *Infancy*, *2*(1), 29-49.

Bosworth, R. G., Binder, E. M., Tyler, S. C., & Morford, J. P. (2021). Automaticity of lexical access in deaf and hearing bilinguals: Cross-linguistic evidence from the color Stroop task across five languages. *Cognition*, *212*, 104659.

Broesch, T. L., & Bryant, G. A. (2015). Prosody in infant-directed speech is similar across western and traditional cultures. *Journal of Cognition and Development*, *16*(1), 31-43.

Byers-Heinlein, K., Burns, T. C., & Werker, J. F. (2010). The roots of bilingualism in newborns. *Psychological Science*, *21*(3), 343-348.

Byers-Heinlein, K., Morin-Lessard, E., & Lew-Williams, C. (2017). Bilingual infants control their languages as they listen. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *114*(34), 9032-9037.

Byers-Heinlein, K., Tsui, A. S. M., Bergmann, C., Black, A. K., Brown, A., Carbajal, M. J., Durrant, S., Fennell, C. T., Fiévet, A., Frank, M. C., Gampe, A., Gervain, J., Gonzalez-Gomez, N., Hamlin, J. K., Havron, N., Hernik, M., Kerr, S., Killam, H., Klassen, K., Kosie, J. E., Kovács, A. M., Lew-Williams, C., Liu, L. Mani, N., Marino, C., Mastroberardino, M. Mateu, V., Noble, C., Orena, A. J., Polka, L., Potter, C. E., Schreiner, M. S., Singh, L., Soderstrom, M., Sundara, M. Waddell, C., Werker, J. F., Wermelinger, S. & Wermelinger, S. (2021). A Multilab Study of Bilingual Infants: Exploring the Preference for Infant- Directed Speech. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, *4*(1), 2515245920974622.

Cha, K., & Goldenberg, C. (2015). The complex relationship between bilingual home language input and kindergarten children's Spanish and English oral proficiencies. *Journal of Educational Psychology*, *107*(4), 935.

Chernoff, J. J., Keuter, S., Uchikoshi, Y., Quick, H., & Manship, K. (2021). *Challenges in assessing California's diverse dual language learners*. First 5 California. Disponible en https://californiadllstudy.org/sites...lt/files/2021-02/Challenges%20in%20Assessing%20California%E2%80%99s%20Diverse%20DLLs.pdf

Chong, A. J., Vicenik, C., & Sundara, M. (2018). Intonation plays a role in language discrimination by infants. *Infancy*, *23*(6), 795-819.

Cleave, P. L., Becker, S. D., Curran, M. K., Van Horne, A. J. O., & Fey, M. E. (2015). The efficacy of recasts in language intervention: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *24*(2), 237-255. Conboy, B. (2013). Neuroscience research: How experience with one or multiple languages affects the developing brain. En *California's best practices for young dual language learners: Research overview papers*, División de Desarrollo Infantil, Departamento de Educación de California (CDE). Disponible en línea en http://www.cde.ca.gov/sp/cd/ce/documents/dllresearchpapers.pdf

Conboy, B. T., & Kuhl, P. K. (2011). Impact of second-language experience in infancy: Brain measures of first-and second-language speech perception. *Developmental Science*, *14*(2), 242-248.

Cooper, R. P., Aslin, R. N. (1990). Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child Development*, *61*(5), 1584-1595.

Cooper, R. P., Aslin, R. N. (1994). Developmental differences in infant attention to the spectral properties of infant-directed speech. *Child Development*, *65*(6), 1663-1677.

Core, C., Hoff, E., Rumiche, R., & Señor, M. (2013). Total and conceptual vocabulary in Spanish–English bilinguals from 22 to 30 months: Implications for assessment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *56*, 1637-1649.

Crescentini, C., Marini, A., & Fabbro, F. (2012). Competence and language disorders in multilingualism. *ELLE Language Education*, *1*, 81-98.

Crivello, C., Kuzyk, O., Rodrigues, M., Friend, M., Zesiger, P., & Poulin-Dubois, D. (2016). The effects of bilingual growth on toddlers' executive function. *Journal of Experimental Child Psychology*, *141*, 121-132.

DeAnda, S., Hendrickson, K., Zesiger, P., Poulin-Dubois, D., & Friend, M. (2018). Lexical access in the second year: a study of monolingual and bilingual vocabulary development. *Bilingualism: Language and Cognition*, *21*(2), 314-327.

de Bruin, A . (2019). Not all bilinguals are the same: A call for more detailed assessments and descriptions of bilingual experiences. *Behavioral Sciences*, *9*(3), 33.

Dolean, D. D. (2021). Home literacy practices that support language and literacy development in bilingual children: A longitudinal case study. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 1-15.

Escobar, K., Melzi, G., & Tamis-LeMonda, C. S. (2017). Mother and child narrative elaborations during booksharing in low-income Mexican-American dyads. *Infant and Child Development*, *26*(6), e2029.

Espinosa, L. M., LaForett, D. R., Burchinal, M., Winsler, A., Tien, H. C., Peisner-Feinberg, E. S., & Castro, D. C. (2017). Child care experiences among dual language learners in the United States: Analyses of the Early Childhood Longitudinal Study–Birth Cohort. *AERA Open*, *3*(2), 2332858417699380.

Farran, L. K., Lee, C. C., Yoo, H., & Oller, D. K. (2016). Cross-cultural register differences in infant-directed speech: An initial study. *PloS One*, *11*(3), e0151518.

Fenson, L., Dale, P. S., Reznick, J. S., Bates, E., Thal, D. J., Pethick, S. J., Tomasello, M., Mervis, C. B. & Stiles, J. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, i-185.

Ferjan Ramírez, N., Ramírez, R. R., Clarke, M., Taulu, S., & Kuhl, P. K. (2016). *Speech discrimination in 11-month-old bilingual and monolingual infants: A magnetoencephalography study. Developmental Science*, *14*(2), 94-103.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior and Development*, *8*(2), 181-195. Fernald, A., Perfors, A., & Marchman, V. A. (2006). Picking up speed in understanding: Speech processing efficiency and vocabulary growth across the 2nd year. *Developmental Psychology*, *42*(1), 98.

Fernald, A., Taeschner, T., Dunn, J., Papousek, M., de Boysson-Bardies, B., Fukui, I. (1989). A cross-language study of prosodic modifications in mothers' and fathers' speech to preverbal infants. *Journal of Child Language*, *16*(3), 477-501.

Francis, W. S. (Ed.). (2021). *Bilingualism across the lifespan: Opportunities and challenges for cognitive research in a global society*. Nueva York: Routledge.

García, E. E., & Frede, E. C. (Eds.). (2019). *Young English language learners: Current research and emerging directions for practice and policy*. Nueva York: Teacher's College Press.

Garcia, L. N., Guerrero-Mosquera, C., Colomer, M., & Sebastian-Galles, N. (2018). Evoked and oscillatory EEG activity differentiates language discrimination in young monolingual and bilingual infants. *Scientific Reports*, *8*(1), 1-9.

Garcia-Sierra, A., Ramírez-Esparza, N., & Kuhl, P. K. (2016). Relationships between quantity of language input and brain responses in bilingual and monolingual infants. *International Journal of Psychophysiology*, *110*, 1-17.

Garcia-Sierra, A., Rivera-Gaxiola, M., Percaccio, C. R., Conboy, B. T., Romo, H., Klarman, L., Ortiz, S. & Kuhl, P. K. (2011). Bilingual language learning: An ERP study relating early brain responses to speech, language input, and later word production. *Journal of Phonetics*, *39*(4), 546-557.

Garcia-Sierra, A., Ramírez-Esparza, N., Wig, N., & Robertson, D. (2021). Language learning as a function of infant directed speech (IDS) in Spanish: Testing neural commitment using the positive-MMR. *Brain and Language*, *212*, 104890.

Giguere, D., Dickson, D. J., Tulloch, M. K., & Hoff, E. (2022). Majority language skill, not measures of bilingualism, predicts executive attention in bilingual children. *Journal of Experimental Child Psychology*, *213*, 105256.

Girolametto, L., & Weitzman, E. (2002). Responsiveness of child care providers in interactions with toddlers and preschoolers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *33*(4), 268-281.

Gonzalez-Barrero, A. M., & Nadig, A. S. (2019). Can bilingualism mitigate set-shifting difficulties in children with autism spectrum disorders? *Child Development*, *90*(4), 1043-1060.

Gonzalez-Barrero, A. M., Salama-Siroishka, N., Dubé, D., Brouillard, M., & Byers-Heinlein, K. (2021). Effects of language dominance on home reading practices of bilingual families. *International Journal of Bilingualism*, *25*(1), 77-99.

Grosjean, F. (1989). Neurolinguists, beware! The bilingual is not two monolinguals in one person. *Brain and Language*, *36*(1), 3-15.

Grüter, T., Hurtado, N., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2014). Language exposure and online processing efficiency in bilingual development: Relative versus absolute measures. En T. Grüter & J. Paradis (Eds.), *Input and experience in bilingual development* (pp. 15-36). Editorial John Benjamins.

Gunnerud, H. L., Ten Braak, D., Reikerås, E. K. L., Donolato, E., & Melby-Lervåg, M. (2020). Is bilingualism related to a cognitive advantage in children? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *146*(12), 1059.

Hammer, C. S., & Sawyer, B. (2016). Effects of a culturally responsive interactive book-reading intervention on the language abilities of preschool dual language learners: A pilot study. *NHSA Dialog*, *19*(2).

Hayakawa, S., & Marian, V. (2019). Consequences of multilingualism for neural architecture. *Behavioral and Brain Functions*, *15*(1), 1-24.

Hayashi, A., Tamekawa, Y., Kiritani, S. (2001). Developmental change in auditory preferences for speech stimuli in Japanese infants. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *44*(6), 1189-1200.

Hernandez, D. J., & Napeirala, J. S. (2012). *Children in immigrant families: Essential to America's futur*e. *FCD Child and Youth Well-Being Index (CWI) Policy Brief*. Nueva York, NY: Foundation for Child Development.

Hirsh-Pasek, K., Adamson, L. B., Bakeman, R., Owen, M. T., Golinkoff, R. M., Pace, A., Yust, P. & Suma, K. (2015). The contribution of early communication quality to low-income children's language success. *Psychological Science*, *26*(7), 1071- 1083.

Hoff, E. (2006). How social contexts support and shape language development. *Developmental Review*, *26*(1), 55-88.

Hoff, E., Core, C., Place, S., Rumiche, R., Señor, M., & Parra, M. (2012). Dual language exposure and early bilingual development. *Journal of Child Language*, *39*(1), 1-27.

Holtby, S., Lordi, N., Park, R., & Ponce, N. (2017). *Families with young children in California: Findings from the California Health Interview Survey, 2011-2014, by geography and home language. Policy brief (UCLA Center for Health Policy Research)*, (PB2017-3), 1-8.

Hurtado, N., Grüter, T., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2014). Relative language exposure, processing efficiency and vocabulary in Spanish–English bilingual toddlers. *Bilingualism: Language and Cognition*, *17*(1), 189-202.

Hurtado, N., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2007). Spoken word recognition by Latino children learning Spanish as their first language. *Journal of Child Language*, *34*(2), 227-249.

Huttenlocher, J., Waterfall, H., Vasilyeva, M., Vevea, J., & Hedges, L. V. (2010). Sources of variability in children's language growth. *Cognitive Psychology*, *61*(4), 343-365.

Jasinska, K. K., & Petitto, L. A. (2013). How age of bilingual exposure can change the neural systems for language in the developing brain: *A functional near infrared spectroscopy investigation of syntactic processing in monolingual and bilingual children*. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *6*, 87-101.

Jonak, J. (2015). Bilingual language development and language impairment in children. *Acta Neuropsychologica*, *13*(1).

Junker, D. A., & Stockman, I. J. (2002). Expressive vocabulary of German-English bilingual toddlers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *11*, 381-394.

Kalashnikova, M., & Carreiras, M. (2021). Input quality and speech perception development in bilingual infants' first year of life. *Child Development*.

Kaushanskaya, M., Prior, A. (2015). Variability in the effects of bilingualism on cognition: It is not just about cognition, it is also about bilingualism. *Bilingualism: Language and Cognition*, *18*(1), 27-28.

Kay-Raining Bird, E., Lamond, E., & Holden, J. (2012). Survey of bilingualism in autism spectrum disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *47*(1), 52-64.

Kids Count Data Center. (2019). *Children who speak a language other than English at home*. Fundación Annie Casey. Disponible en https://datacenter.kidscount.org/data/bar/81-children-who-speak-a-language-other-than-english-at-home?loc=1&loct=2#1/any/false/1729/any/397

Kim, Y. K., Curby, T. W., & Winsler, A. (2014). Child, family, and school characteristics related to English proficiency development among low-income, dual language learners. *Developmental Psychology*, *50*(12), 2600.

Kitamura, C., & Lam, C. (2009). Age-specific preferences for infant-directed affective intent. *Infancy*, *14*(1), 77-100.

Klein, D., Mok, K., Chen, J. K., & Watkins, K. E. (2014). Age of language learning shapes brain structure: A cortical thickness study of bilingual and monolingual individuals. *Brain and language*, *131*, 20-24.

Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment: Issues, evidence and implications for clinical actions. *Journal of Communication Disorders*, *43*(6), 456-473.

Kohnert, K., Ebert, K. D., & Pham, G. T. (2020). *Language disorders in bilingual children and adults* (3.a ed.). Plural Publishing.

Kovács, Á. M., & Mehler, J. (2009). Cognitive gains in 7-month-old bilingual infants. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106*(16), 6556-6560.

Kremin, L. V., & Byers-Heinlein, K. (2021). Why not both? Rethinking categorical and continuous approaches to bilingualism. *International Journal of Bilingualism*, *25*(6), 1560-1575.

Kroll, J. F., & Bialystok, E. (2013). Understanding the consequences of bilingualism for language processing and cognition. *Journal of Cognitive Psychology*, *25*(5), 497-514.

Kroll, J. F., Bobb, S. C., & Hoshino, N. (2014). Two languages in mind: Bilingualism as a tool to investigate language, cognition, and the brain. *Current Directions in Psychological Science*, *23*(3), 159-163.

Kroll, J. F., Dussias, P. E., Bogulski, C. A., & Kroff, J. R. V. (2011). Juggling two languages in one mind: What bilinguals tell us about language processing and its consequences for cognition. *Psychology of Learning and Motivation*, *56*, 229-263.

Kuhl, P. K., Conboy, B. T., Padden, D., Nelson, T., & Pruitt, J. (2005). Early speech perception and later language development: Implications for the "critical period". *Language learning and development*, *1*(3-4), 237-264.

Kuhl, P. K., Stevens, E., Hayashi, A., Deguchi, T., Kiritani, S., & Iverson, P. (2006). Infants show a facilitation effect for native language phonetic perception between 6 and 12 months. *Developmental Science*, *9*(2), F13-F21.

Kuhl, P. K., Stevenson, J., Corrigan, N. M., van den Bosch, J. J., Can, D. D., & Richards, T. (2016). Neuroimaging of the bilingual brain: Structural brain correlates of listening and speaking in a second language. *Brain and Language*, *162*, 1-9.

Lambert, W. E., Havelka, J., Gardner, R. C. (1959). Linguistic manifestations of bilingualism. *The American Journal of Psychology*, *72*(1), 77-82.

Lao, C. (2004). Parents' attitudes toward Chinese–English bilingual education and Chinese-language use. *Bilingual Research Journal*, *28*(1), 99-121.

Lehtonen, M., Soveri, A., Laine, A., Järvenpää, J., De Bruin, A., & Antfolk, J. (2018). Is bilingualism associated with enhanced executive functioning in adults? A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 144(4), 394.

Li, P., Sepanski, S., Zhao, X. (2006). Language history questionnaire: A web-based interface for bilingual research. *Behavior Research Methods*, *38*(2), 202-210.

Logan, J. A., Justice, L. M., Yumus, M., & Chaparro-Moreno, L. J. (2019). When children are not read to at home: The million word gap. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *40*(5), 383-386.

Lowe, C. J., Cho, I., Goldsmith, S. F., & Morton, J. B. (2021). The bilingual advantage in children's executive functioning is not related to language status: A meta-analytic review. *Psychological Science*, *32*(7), 1115-1146.

Luo, R., Song, L., Villacis, C., & Santiago-Bonilla, G. (2021). Parental beliefs and knowledge, children's home language experiences, and school readiness: The dual language perspective. *Frontiers in Psychology*, *12*.

Luo, R., Tamis-LeMonda, C. S., Kuchirko, Y., F. Ng, F., & Liang, E. (2014). Mother–child book-sharing and children's storytelling skills in ethnically diverse, low-income families. *Infant and Child Development*, *23*(4), 402-425.

Magnuson, K. A., & Waldfogel, J. (2005). Early childhood care and education: Effects on ethnic and racial gaps in school readiness. *The Future of Children*, 169-196.

Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Developmental Science*, *11*(3), F9-F16.

Marchman, V. A., Fernald, A., & Hurtado, N. (2010). How vocabulary size in two languages relates to efficiency in spoken word recognition by young Spanish–English bilinguals. *Journal of Child Language*, *37*(4), 817-840.

Marian, V., Blumenfeld, H. K., Kaushanskaya, M. (2007). The Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q): Assessing language profiles in bilinguals and multilinguals. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *50*(4), 940- 967.

Marian, V., Hayakawa, S. (2020). Measuring bilingualism: The quest for a "bilingualism quotient." *Applied Psycholinguistics*, *42*(2), 527-548.

Marian, V., & Shook, A. (2012). The cognitive benefits of being bilingual. En *Cerebrum: the Dana forum on brain science* (Vol. 2012). Dana Foundation.

Masek, L. R., Paterson, S. J., Golinkoff, R. M., Bakeman, R., Adamson, L. B., Owen, M. T., Pace, A. & Hirsh-Pasek, K. (2021). Beyond talk: Contributions of quantity and quality of communication to language success across socioeconomic strata. *Infancy*, *26*(1), 123-147.

Mechelli, A., Crinion, J. T., Noppeney, U., O'Doherty, J., Ashburner, J., Frackowiak, R. S., & Price, C. J. (2004). Neurolinguistics: Structural plasticity in the bilingual brain. *Nature*, *431*, 757.

Mercure, E., Evans, S., Pirazzoli, L., Goldberg, L., Bowden-Howl, H., Coulson-Thaker, K., Beedie, I., Lloyd-Fox, S., Johnson,

M. H. & MacSweeney, M. (2020). Language experience impacts brain activation for spoken and signed language in infancy: Insights from unimodal and bimodal bilinguals. *Neurobiology of Language*, *1*(1), 9-32.

Mistry, R. S., Biesanz, J., Chien, N., Howes, C., & Benner, A. D. (2008). Socioeconomic status, parental investments, and the cognitive and behavioral outcomes of low-income children from immigrant and native households. *Early Childhood Research Quarterly, 23*, 193-212.

Molnar, M., Gervain, J., & Carreiras, M. (2014). Within-rhythm class native language discrimination abilities of Basque- Spanish monolingual and bilingual infants at 3.5 months of age. *Infancy, 19*(3), 326-337.

Mosty, N. L., Lefever, S., & Ragnarsdóttir, H. (2013). Parents' perspectives towards home language and bilingual development of preschool children. *Netla-Online Journal on Pedagogy and Education*, 1-18.

Nazzi, T., Bertoncini, J., & Mehler, J. (1998). Language discrimination by newborns: Toward an understanding of the role of rhythm. *Journal of Experimental Psychology, 24*(3), 756.

Nayeb, L., Lagerberg, D., Sarkadi, A., Salameh, E. K., & Eriksson, M. (2021). Identifying language disorder in bilingual children aged 2.5 years requires screening in both languages. *Acta Paediatrica, 110*(1), 265-272.

Nazzi, T., Jusczyk, P. W., & Johnson, E. K. (2000). Language discrimination by English-learning 5-month-olds: Effects of rhythm and familiarity. *Journal of Memory and Language, 43*(1), 1-19.

Newman, R. S., Hussain, I. (2006). Changes in preference for infant-directed speech in low and moderate noise by 4.5- to 13-month-olds. *Infancy, 10*(1), 61–76.

Nichols, E. S., Wild, C. J., Stojanoski, B., Battista, M. E., & Owen, A. M. (2020). Bilingualism affords no general cognitive advantages: A population study of executive function in 11,000 people. *Psychological Science, 31*(5), 548-567.

Opel, A., Ameer, S. S., & Aboud, F. E. (2009). The effect of preschool dialogic reading on vocabulary among rural Bangladeshi children. *International Journal of Educational Research, 48*(1), 12-20.

Pace, A., Alper, R., Burchinal, M. R., Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2019). Measuring success: Within and cross- domain predictors of academic and social trajectories in elementary school. *Early Childhood Research Quarterly, 46*, 112-125.

Paradis, J., Genesee, F., & Crago, M. B. (2011). Dual language development and disorders. *A handbook on bilingualism and second language learning*. Baltimore, MD: Brookes.

Paap, K. R., & Greenberg, Z. I. (2013). There is no coherent evidence for a bilingual advantage in executive processing. *Cognitive Psychology, 66*(2), 232-258.

Paap, K. R., Johnson, H. A., & Sawi, O. (2015). Bilingual advantages in executive functioning either do not exist or are restricted to very specific and undetermined circumstances. *Cortex, 69*, 265-278.

Pearson, B. Z., Fernández, S. C., Lewedeg, V., & Oller, D. K. (1997). The relation of input factors to lexical learning by bilingual infants. *Applied Psycholinguistics, 18*(1), 41-58.

Peña, E. D., Gutiérrez-Clellen, V. F., Iglesias, A., Goldstein, B. A., & Bedore, L. M. (2018). *Bilingual English Spanish Assessment (BESA)*. Baltimore, MD: Brookes.

Peña, E., Iglesias, A., & Lidz, C. S. (2001). Reducing test bias through dynamic assessment of children's word learning ability. *American Journal of Speech Language Pathology, 10*, 138-154.

Petitto, L. A., Berens, M. S., Kovelman, I., Dubins, M. H., Jasinska, K., & Shalinsky, M. (2012). The "Perceptual Wedge Hypothesis" as the basis for bilingual babies' phonetic processing advantage: New insights from fNIRS brain imaging. *Brain and Language, 121*(2), 130-143.

Pliatsikas, C. (2020). Understanding structural plasticity in the bilingual brain: *The dynamic restructuring model. Bilingualism: Language and Cognition, 23*(2), 459-471.

Place, S., & Hoff, E. (2011). Properties of dual language exposure that influence 2-year-olds' bilingual proficiency. *Child Development, 82*(6), 1834-1849.

Ramírez-Esparza, N., García-Sierra, A., & Kuhl, P. K. (2017). The impact of early socialinteractions on later language development in Spanish–English bilingual infants. *Child Development, 88*(4), 1216-1234.

Ramus, F., Hauser, M. D., Miller, C., Morris, D., & Mehler, J. (2000). Language discrimination by human newborns and by cotton-top tamarin monkeys. *Science, 288*(5464), 349-351.

Restrepo, M. A., & Kruth, K. (2000). Grammatical characteristics of a Spanish-English bilingual child with specific language impairment. *Communication Disorders Quarterly, 21*(2), 66-76.

Rodriguez, E. T., & Tamis-LeMonda, C. S. (2011). Trajectories of the home learning environment across the first 5 years: Associations with children's vocabulary and literacy skills at prekindergarten. *Child Development*, *82*(4), 1058-1075.

Rowe, M. L., & Weisleder, A. (2020). Language development in context. *Annual Review of Developmental Psychology, 2*, 201-223.

Rosslund, A., Mayor, J., Óturai, G., & Kartushina, N. (preimpresión de 2021). Parents' hyper-pitch and vowel category compactness in infant-directed speech are associated with 18-month-old toddlers' expressive vocabulary. https://doi.org/10.31234/osf.io/wrku5

Santesso, D. L., Schmidt, L. A., Trainor, L. J. (2007). Frontal brain electrical activity (EEG) and heart rate in response to affective infant-directed (ID) speech in 9-month-old infants. *Brain and Cognition*, *65*(1), 14-21.

Sénéchal, M., & LeFevre, J. A. (2002). Parental involvement in the development of children's reading skill: A five-year longitudinal study. *Child Development*, *73*(2), 445-460.

Shook, A., & Marian, V. (2012). Bimodal bilinguals co-activate both languages during spoken comprehension. *Cognition*, *124*(3), 314-324.

Simons, G. F., & Fennig, C. D. (2018). *Ethnologue: Languages of the world* (21.a ed). Dallas, TX: SIL International.

Song, L., Luo, R., & Liang, E. (2021). Dual language development of Chinese 3-and 4-Year-Olds: Associations with the family context and teachers' language use. *Early Education and Development*, 1-24.

Storch, S. A., & Whitehurst, G. J. (2002). Oral language and code-related precursors to reading: Evidence from a longitudinal structural model. *Developmental Psychology*, *38*(6), 934.

Takahesu Tabori, A. A., Mech, E. N., Atagi, N. (2018). Exploiting language variation to better understand the cognitive consequences of bilingualism. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1686.

Tamis-LeMonda, C. S., Song, L., Luo, R., Kuchirko, Y., Kahana-Kalman, R., Yoshikawa, H., & Raufman, J. (2014). Children's vocabulary growth in English and Spanish across early development and associations with school readiness skills. *Developmental Neuropsychology*, *39*(2), 69-87.

Tincoff, R., & Jusczyk, P. W. (1999). Some beginnings of word comprehension in 6-month-olds. *Psychological Science*, *10*(2), 172-175.

Tincoff, R., & Jusczyk, P. W. (2012). Six-month-olds comprehend words that refer to parts of the body. *Infancy*, *17*(4), 432-444.

Unsworth, S. (2016). Quantity and quality of language input in bilingual language development. En *Bilingualism across the lifespan* (pp. 103-122). De Gruyter Mouton. Censo de los Estados Unidos, (2018). Special report: Supporting dual language learners in state-funded preschool. Disponible en línea, en http://nieer.org/wp-content/uploads/2018/04/YB2017_DLL-Special-Report.pdf

Villwock, A., Wilkinson, E., Piñar, P., & Morford, J. P. (2021). Language development in deaf bilinguals: Deaf middle school students co-activate written English and American Sign Language during lexical processing. *Cognition*, *211*, 104642.

Ward, H., Oldham LaChance, E., Atkins, J. (2011). *New Americans: Child care decision-making of refugee and immigrant parents of English language learners*. Portland, ME: Muskie School of Public Service.

Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. *Psychological Science*, *24*(11), 2143-2152.

Werker, J. F., & McLeod, P. J. (1989). Infant preference for both male and female infant-directed talk: A developmental study of attentional and affective responsiveness. *Canadian Journal of Psychology*, *43*(2), 230.

Werker, J. F., & Tees, R. C. (2005). Speech perception as a window for understanding plasticity and commitment in language systems of the brain. *Developmental Psychobiology*, *46*(3), 233-251.

Willard, J. A., Kohl, K., Bihler, L. M., Agache, A., & Leyendecker, B. (2021). Family literacy activities and their interplay with family and preschool language environments: Links to gains in dual language learners' German vocabulary. *Early Education and Development*, *32*(2), 189-208.

Winsler, A., Burchinal, M. R., Tien, H. C., Peisner-Feinberg, E., Espinosa, L., Castro, D. C., LaForett, D., Kim, Y. K. & De Feyter, J. (2014). Early development among dual language learners: The roles of language use at home, maternal immigration, country of origin, and socio-demographic variables. *Early Childhood Research Quarterly*, *29*(4), 750-764.

Yeh, Y. C., Ho, H. J., & Chen, M. C. (2015). Learning Vietnamese as a heritage language in Taiwan. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, *36*(3), 255-265.

Zhang, D., & Slaughter-Defoe, D. T. (2009). Language attitudes and heritage language maintenance among Chinese immigrant families in the USA. *Language, Culture and Curriculum*, *22*(2), 77-93.

Zhao, T. C., Boorom, O., Kuhl, P. K., & Gordon, R. (2021). Infants' neural speech discrimination predicts individual differences in grammar ability at 6 years of age and their risk of developing speech-language disorders. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *48*, 100949.

14.10: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

15: Desarrollo emocional

15.1: Introducción
15.2: Teorías de la emoción
15.3: La biología de las emociones
15.4: Comienzos emocionales
15.5: Emociones y autorregulación
15.6: El papel del cuidador en la regulación emocional
15.7: Competencias emocionales
15.8: Desarrollo del sentido del yo
15.9: Empatía
15.10: Emociones y cognición
15.11: El papel del lenguaje en la emoción
15.12: Saber lo que pueden hacer
15.13: Control de los impulsos
15.14: Expresión de las emociones
15.15: Comprensión social y conciencia de sí mismo
15.16: Expresión facial y reconocimiento de las emociones
15.17: Unir las piezas
15.18: Elementos culturales del desarrollo emocional
15.19: Competencia emocional y autorregulación- una estrategia para promover el desarrollo emocional
15.20: Conclusión
15.21: Referencias

15: Desarrollo emocional is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.1: Introducción

Introducción al desarrollo emocional

Es imposible imaginar la vida sin emociones. Atesoramos nuestros sentimientos: la alegría en un partido de béisbol, el placer de la caricia de un ser querido o la diversión con amigos en una salida nocturna. Incluso las emociones negativas son esenciales, como la tristeza cuando muere un ser querido, la ira cuando alguien nos trata injustamente, el miedo que nos invade en una situación de miedo o desconocida, o la culpa y la vergüenza cuando se hacen públicos nuestros errores. Las emociones vigorizan las experiencias de vida y les dan sentido y sabor.[1]

Las investigaciones y las teorías suelen dividir las emociones en dos categorías generales: emociones básicas (emociones primarias) y emociones autoconscientes (emociones secundarias). Las emociones básicas aparecen en primer lugar e incluyen el interés, la felicidad, la ira, el miedo, la sorpresa, la tristeza y la indignación. Las emociones autoconscientes incluyen la envidia, el orgullo, la pena, el sentimiento de culpa, la duda y la vergüenza. A diferencia de las emociones primarias, las emociones secundarias aparecen a medida que los niños crean un concepto de sí mismos y requieren interacciones sociales para saber cuándo deben sentir esas emociones (Akimoto & Sanbinmatsu, 1999) [1].

Las características principales del desarrollo emocional incluyen la capacidad de identificar y de comprender los propios sentimientos, leer y comprender con precisión los estados emocionales de otras personas, gestionar y expresar las emociones fuertes de forma constructiva, regular el propio comportamiento, desarrollar la empatía por las personas, y establecer y mantener relaciones (National Scientific Council on the Developing Child, 2004). Los bebés experimentan, expresan y perciben las emociones antes de comprenderlas por completo. Al aprender a reconocer, calificar, gestionar y comunicar sus emociones, y a percibir e intentar comprender las emociones de otras personas, los niños desarrollan habilidades que los conectan con la familia, los compañeros, los maestros y la comunidad[2].

\



Figura 15.1.1: Demostrando sus emociones. ([3])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Hwang, H. & Matsumoto, D. (2021). Functions of emotions tiene licencia CC-BY-SA.

[21] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development*. Se utiliza con permiso.

[3] Imagen de Nina Kuchkovskiy con licencia CC: BY-NC.

15.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.2: Teorías de la emoción

Exploración de las teorías de la emoción

Nuestras experiencias, orígenes y culturas conforman nuestras emociones. Por lo tanto, las personas pueden tener diferentes experiencias emocionales cuando se enfrentan a circunstancias parecidas. Varias teorías de la emoción intentan explicar cómo interactúan entre sí los distintos componentes de la emoción[1].

A continuación, se presenta un cuadro con varias teorías sobre el desarrollo emocional. Como cuidador de bebés y niños pequeños, es posible que no sea necesario entender los detalles de cada teoría, pero es importante saber que existen varias teorías que explican el proceso de desarrollo emocional.

Las teorías expuestas en el cuadro proceden de lo siguiente:[1]

Tabela 15.2.1: Teorías de la emoción

Teoría	Componentes principales
Teoría de James y Lange	• Las emociones surgen de la estimulación fisiológica. • Solo se experimenta una sensación de miedo después de que se produzca la estimulación fisiológica. • Los diferentes patrones de estimulación se asocian con diferentes sentimientos.
Teoría de Cannon y Bard	• La estimulación fisiológica y la experiencia emocional ocurren de forma simultánea, pero independientemente (Lang, 1994). • Las reacciones emocionales son distintas e independientes de la estimulación fisiológica, aunque coexistan.
Hipótesis de la retroalimentación facial	• La expresión facial de una persona afecta la experiencia emocional (Adelman & Zajonc, 1989; Boiger & Mesquita, 2012; Buck, 1980; Capella, 1993; • Soussignan, 2002). • La supresión de la expresión facial disminuye la intensidad de algunas emociones experimentadas por los participantes (Davis, Senghas & Ochsner, 2009). • Las intensidades de las expresiones faciales afectan las reacciones emocionales (Soussignan, 2002). • Si ocurre algo insignificante y sonríe como si acabara de ganar la lotería, se alegrará más de las pequeñas cosas que si solo sonriera un poco. • Si tiene el ceño fruncido todo el tiempo, es posible que tenga menos emociones positivas que si hubiera sonreído.
Teoría de los dos factores de Schachter y Singer	• Considera tanto la estimulación fisiológica como la experiencia emocional. • La estimulación fisiológica se interpreta en el contexto para producir la experiencia emocional. • Depende de calificar la experiencia fisiológica, que es un tipo de valoración cognitiva.
Teoría mediacional y cognitiva	• Nuestra valoración del estímulo determina nuestras emociones. • Esta valoración media entre el estímulo y la respuesta emocional, y es inmediata y muchas veces inconsciente. • La evaluación precede a una etiqueta cognitiva.

Teoría	Componentes principales
Regulación emocional automática (Automatic Emotional Regulation, AER)	• El control no deliberado de las emociones influye en las cosas a las que se presta atención, en la valoración, en la elección de participar en una experiencia emocional y en los comportamientos después de experimentar la emoción (Mauss, Bunge & Gross, 2007; Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm & Gross, 2005). • Las personas desarrollan un proceso automático que funciona como un guion o un esquema, y el proceso no requiere un pensamiento deliberado para regular las emociones. • La AER funciona como una bicicleta. Una vez que se desarrolla el proceso, luego se hace sin pensar en ello.
Teoría constructivista del desarrollo emocional	• Las emociones no se incorporan al cerebro al nacer, sino que se construyen a partir de las experiencias vividas. • Las emociones son predicciones que crean una comprensión del mundo. • Dos estados fisiológicos idénticos pueden dar lugar a estados emocionales diferentes en función de sus predicciones. • Ejemplo: un cerebro que predice un estómago revuelto en una panadería podría llevar a un cerebro a construir el concepto de hambre. Sin embargo, un cerebro que tiene un estómago revuelto mientras espera los resultados de las pruebas médicas podría llevar a un cerebro a construir el concepto de preocupación. Por lo tanto, un cerebro puede construir dos emociones diferentes a partir de las mismas sensaciones fisiológicas.
Teoría de la evaluación	• Usted tiene pensamientos (una valoración cognitiva) antes de tener una emoción. • La emoción que tiene depende de sus pensamientos (Frijda, 1988; Lazarus, 1991). • La teoría de la evaluación explica la forma en que dos personas pueden tener dos emociones completamente diferentes con respecto al mismo evento.

Referencias

[1] Emotion and Motivation se comparte bajo una licencia CC BY 4.0 y fue escrita, combinada o seleccionada por OpenStax.

[2] Stangor, C. and Walinga, J. (2014). Introduction to Psychology – 1st Canadian Edition – The BC Open Textbook Project (opentextbc.ca) tiene licencia CC BY-NC-SA 4.0.

15.2: Teorías de la emoción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.3: La biología de las emociones

Profundización en la biología subyacente del desarrollo emocional

El sistema límbico, que es la parte del cerebro que está implicada en las emociones y en la memoria (Figura 15.3.1), incluye el hipotálamo, el tálamo, la amígdala y el hipocampo. El hipotálamo activa el sistema nervioso simpático de cualquier reacción emocional. El tálamo sirve como un centro de relevo sensorial cuyas neuronas se proyectan a la amígdala y a las regiones corticales superiores para su posterior procesamiento. La amígdala desempeña un papel en el procesamiento de la información emocional (Fossati, 2012). El hipocampo es el área que integra la experiencia emocional con la cognición (Femenía, Gómez-Galán, Lindskog, & Magara, 2012)[1].

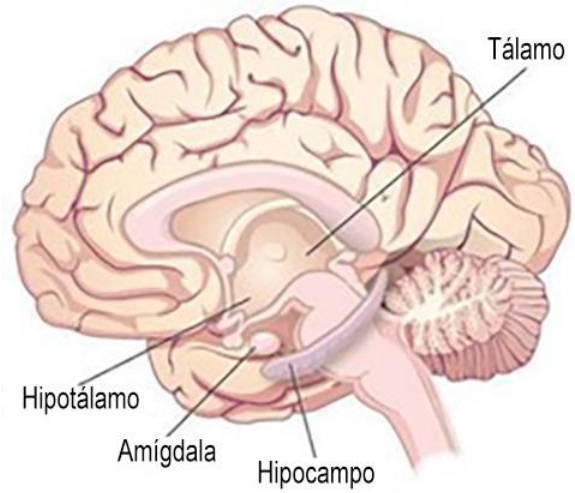


Figura 15.3.1: El sistema límbico, que incluye el hipotálamo, el tálamo, la amígdala y el hipocampo, media la respuesta emocional y la memoria. ([1])

Amígdala

Los investigadores han puesto mucha atención en la amígdala para comprender las bases biológicas de las emociones, en especial el miedo y la ansiedad (Blackford & Pine, 2012; Goosens & Maren, 2002; Maren, Phan & Liberzon, 2013).

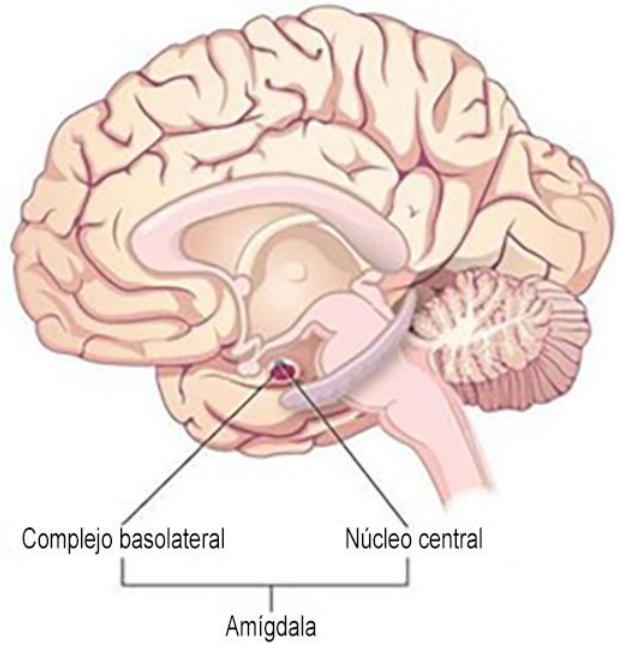


Figura \(\PageIndex{2}\): En el diagrama anterior, se ilustra la anatomía del complejo basolateral y del núcleo central de la amígdala. Raineki, Cortés, Belnoue & Sullivan (2012) demostraron que, en las ratas, las experiencias negativas en las primeras etapas de la vida podrían alterar la función de la amígdala y dar lugar a patrones de comportamiento en la adolescencia que imitan los trastornos del estado de ánimo en los seres humanos[1].

Hipocampo

El hipocampo también participa en el procesamiento emocional. Al igual que la amígdala, las investigaciones demuestran que la estructura y la función del hipocampo están relacionadas con diversos trastornos del estado de ánimo y la ansiedad.[1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Emotion and Motivation se comparte bajo una licencia CC BY 4.0 y fue escrita, combinada o seleccionada por OpenStax.

15.3: La biología de las emociones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.4: Comienzos emocionales

Los orígenes de las emociones

Al nacer, los bebés muestran dos respuestas emocionales: atracción y retraimiento. Muestran interés por las situaciones agradables que aportan confort, estimulación y placer, y se alejan de los estímulos desagradables, como los sabores amargos o el malestar físico. Alrededor de los dos meses, los bebés muestran un compromiso social en forma de sonrisa social, ya que responden sonriendo a quienes captan su atención positiva (Lavelli & Fogel, 2005).

La sonrisa social se vuelve más estable y organizada a medida que los bebés aprenden a utilizar sus sonrisas para involucrar a sus padres y a los cuidadores en las interacciones.



Un bebé, y sus abuelos. [1] Un bebé sonriendo [2] Un bebé sonriendo. [3]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Joy Poeng con licencia CC BY-NC.

[2] Imagen de Rachel Klippenstein-Gutierrez con licencia CC BY-NC.

[3] Imagen de Bethany Morgun con licencia CC BY-NC.

15.4: Comienzos emocionales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.5: Emociones y autorregulación

Autorregulación

La autorregulación emocional se refiere a las estrategias que utilizamos para controlar nuestros estados emocionales para alcanzar objetivos (Thompson & Goodvin, 2007). Como concepto, la regulación emocional refleja la interrelación de las emociones, las cogniciones y los comportamientos (Bell & Wolfe, 2004). Esta regulación exige un control esforzado de las emociones y requiere inicialmente la ayuda de los cuidadores (Rothbart, Posner & Kieras, 2006).

En la bibliografía, el desarrollo de la capacidad para regular las emociones recibe cada vez más atención (Eisenberg, Champion & Ma, 2004). Los investigadores han creado varias definiciones de la regulación emocional, y el debate continúa sobre la forma más valiosa y adecuada de definir este concepto (Eisenberg & Spinrad, 2004). La capacidad de los niños para regular sus emociones de forma adecuada puede contribuir a la percepción de sus habilidades sociales en general y al nivel de agrado de sus compañeros (Eisenberg et al., 1993). Una mala regulación emocional puede perjudicar el pensamiento de los niños, al comprometer su juicio y la toma de decisiones[1].


DON'T TREAD ON ME

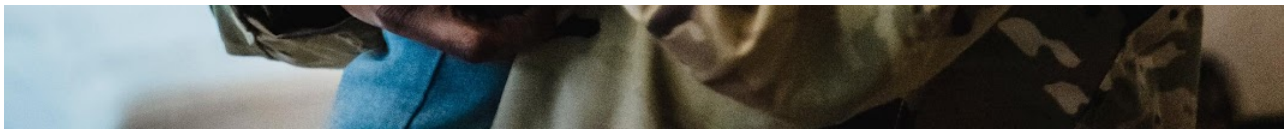


Figura 15.5.1: Trabajando en la autorregulación. (Foto de George Pak).

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

15.5: Emociones y autorregulación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.6: El papel del cuidador en la regulación emocional

Cuidadores y regulación de las emociones

La capacidad de respuesta a las señales de los bebés contribuye a su desarrollo de la regulación emocional (Zaar, s.f.). Los bebés pequeños tienen una capacidad mínima para ajustar sus estados emocionales y dependen de sus cuidadores para que los ayuden a calmarse. Entre los 4 y los 6 meses, los bebés pueden empezar a desviar su atención de los estímulos molestos (Rothbart et al., 2006). Los bebés y los niños pequeños de más edad pueden comunicar con mayor eficacia su necesidad de ayuda y gatear o caminar hacia diversas situaciones, o alejarse de ellas (Cole, Armstrong & Pemberton, 2010). Esto ayuda a su capacidad de autorregulación. El temperamento también desempeña un papel en la capacidad de los niños para controlar sus estados emocionales, y se observan diferencias individuales en la autorregulación emocional de los bebés y de los niños pequeños (Rothbart & Bates, 2006)[1].



Figura 15.6.1: Un niño de pie tapándose los ojos. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

1. Child Growth and Development de Jean Zaar tiene licencia CC-BY-NC.
2. Imagen de Nina Kuchkovskiy con licencia CC: BY-NC.

15.6: El papel del cuidador en la regulación emocional is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.7: Competencias emocionales

Emocionalmente competente

La competencia emocional se refiere a las capacidades relacionadas con las emociones que una persona necesita para enfrentarse a un entorno cambiante (Saarni, 1999). Saarni (1999) especificó ocho habilidades de competencia emocional: (1) conciencia del propio estado emocional, (2) capacidad de discernir las emociones de los demás, (3) capacidad de utilizar las expresiones de la emoción, (4) capacidad de empatía y compasión, (5) capacidad de diferenciar los estados emocionales internos y externos, (6) capacidad de resolución adaptativa de las emociones, (7) comunicación emocional en las relaciones y (8) capacidad de autoeficacia emocional.



Figura 15.7.1: Solo sonrisas. ([2])

Un resultado fundamental del desarrollo de la competencia emocional contribuye a la preparación para el aprendizaje. La competencia emocional también contribuye al desarrollo de las relaciones sociales, tanto con personas solas (amistades) como con grupos (entrada en el grupo de personas afines).[1]

Las teorías del desarrollo sociocultural, como la de Vygotsky (1986), sostienen que las funciones psicológicas de orden superior tienen un origen social. El desarrollo cognitivo, comunicativo y lingüístico de los niños está influenciado por las habilidades adquiridas durante las actividades en grupo (Vygotsky, 1986; Winsler, Carlton & Barry, 2000). Este marco valora la comunicación y el lenguaje como herramienta sociocultural para el pensamiento, la autorregulación y el desarrollo de competencias, incluidas las emocionales. La teoría del discurso privado de Vygotsky puede ser fundamental para apoyar el desarrollo de las habilidades propuestas por Saarni (1999). El discurso privado puede ayudar a los niños a identificar y a calificar las emociones (habilidades 1-5) y puede funcionar como una herramienta para planificar, guiar y supervisar la actividad de resolución de problemas (habilidades 6-8).

Referencias y Fuente de Figuras

1. Understand and empathise se comparte bajo una licencia CC BY-SA y fue escrito, combinado o seleccionado por LibreTexts.
2. Imagen de Marie Harris con licencia CC By-NC.

15.7: Competencias emocionales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.8: Desarrollo del sentido del yo

Reconocimiento del yo

Los niños comienzan a reconocerse a sí mismos durante el segundo año de vida, a medida que adquieren un sentido de sí mismos separados de su principal cuidador. En un experimento clásico de Lewis & Brooks (1978), se colocó a niños de 9 a 24 meses frente a un espejo después de que se les pusiera un poco de colorete en la nariz y sus madres fingían que limpiaban algo de la cara del niño. Si el niño reaccionaba tocando su nariz en lugar del “bebé” en el espejo, indicaría que el niño reconocía el reflejo como él mismo. Lewis & Brooks descubrieron que, entre los 15 y los 24 meses, la mayoría de los bebés desarrollaban un sentido de conciencia de sí mismo.[1]

En 2003, tras un análisis exhaustivo de la investigación existente, Phillippe Rochat estableció una teoría en torno a Las 5 etapas de la conciencia de sí mismo. Estas etapas describen cómo los niños aprenden a identificarse a sí mismos y a los cuidadores en su vida como entidades separadas y distintas. Las 5 etapas abarcan desde el nacimiento hasta los 5 años (Rochat, 2003).



Figura 15.8.1: Un bebé aún no tiene conciencia de sí mismo. ([1])

Etapas de la adquisición de la conciencia de sí mismo

Etapa 1. Diferenciación (desde el nacimiento)

Inmediatamente después de nacer, los bebés demuestran un sentido de su propio cuerpo como una entidad diferenciada: una entidad entre otras entidades del entorno (Rochan, 2003). Pueden diferenciar el yo del no-yo. Un recién nacido sabe que hay una diferencia entre su imagen y las imágenes de fondo en un espejo y entre su entorno. Otro signo de diferenciación se produce cuando los bebés entran en contacto con los objetos al alcanzarlos. El bebé reconoce la diferencia entre él y el entorno, y también adquiere un sentido de cómo su cuerpo está situado en relación con ese entorno (Krisch, 2021).

Etapa 2. Situación (a los 2 meses)

Además de la diferenciación, los bebés en esta etapa también pueden situarse en relación con una persona. En un experimento, los bebés imitaron la orientación de la lengua de un modelo adulto.

Etapa 3. Identificación (a los 2 años)

En esta etapa, entra en juego la definición más común de conciencia de sí mismo, en la que los bebés pueden identificarse en un espejo mediante la “prueba del colorete” y empiezan a utilizar el lenguaje para referirse a sí mismos. Entre los 18 meses y los 2 años, los niños aprenden que la imagen del espejo no solo es distinta del resto del entorno (Nivel 1) y no solo es distinta del entorno del espejo (Nivel 2), sino que es una representación de ellos mismos (Nivel 3: “identificación”). A los 18 meses, un bebé buscará una marca pintada en su cuerpo, al utilizar solo la imagen en el espejo como indicación de que algo en sí mismo está mal (Kirsch, 2021).

Etapa 4. Permanencia (de 2 a 3 años)

Esta etapa se produce después de la infancia, cuando los niños saben que su sentido del yo existe por medio del tiempo y del espacio. Rochan describe el estado de permanencia como el dilema “Yo-pero-no-yo”. A medida que los niños pequeños avanzan hacia la plena conciencia de sí mismo, identifican la imagen en el espejo como “yo”; pero, aun así, vuelven a ver con frecuencia la imagen como una extraña versión de sí mismos en tercera persona. Esto puede ser difícil de entender (y un poco aterrador de imaginar) (Kirsch, 2021). Es importante señalar que la permanencia en la etapa 4 se desarrolla lento. Los bebés todavía oscilan entre la conciencia del yo y la conciencia de ver a otra persona frente a ellos (Rochat 2003).

Etapa 5. Autoconciencia o metaconciencia de uno mismo (de 4 a 5 años)

En la etapa 5, el niño pequeño se da cuenta por primera vez de que la imagen en el espejo no es solo “yo” (Nivel 3) y no solo “yo” permanentemente (Nivel 4), sino el “yo” que todas las personas ven. Los niños de 4 años suelen reaccionar ante esta situación con timidez ante el espejo y ocultan el rostro cada vez que se ven reflejados. Ahora que saben lo que ven todas las personas, se sienten inquietos (Kirsch, 2021).

Referencias y Fuente de Figuras

1. Child Growth and Development de Jean Zaar tiene licencia CC-BY-NC.
2. Imagen de Rachel Klippenstein-Gutierrez con licencia CC BY-NC.

15.8: Desarrollo del sentido del yo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.9: Empatía

Desarrollo de la empatía

Durante los tres primeros años de vida, los niños empiezan a desarrollar la capacidad de experimentar el estado emocional o psicológico de otra persona (ZahnWaxler & Radke-Yarrow, 1990). Las siguientes definiciones de empatía se encuentran en la bibliografía: “saber lo que siente otra persona”, “sentir lo que siente otra persona” y “responder compasivamente a la angustia de otra persona” (Levenson & Ruef 1992, p. 234). El concepto de empatía refleja la índole social de la emoción, ya que vincula los sentimientos de dos o más personas (Levenson & Ruef, 1992). Dado que la vida humana se basa en las relaciones, una función de vital importancia de la empatía a lo largo de la vida es fortalecer los vínculos sociales (Anderson & Keltner, 2002). Las investigaciones han demostrado una correlación entre la empatía y el comportamiento prosocial (Eisenberg, 2000). Los comportamientos prosociales, como ayudar, compartir, consolar y mostrar preocupación por otras personas ilustran el desarrollo de la empatía (Zahn, Waxler, et al., 1992). Se cree que la experiencia de la empatía está relacionada con el desarrollo del comportamiento moral (Eisenberg, 2000). Los adultos modelan los comportamientos prosociales/empáticos de los bebés de diversas maneras. Los comportamientos se modelan por medio de las interacciones afectivas con las otras personas y de la crianza del bebé. Quann & Wien (2006) indican que una forma de promover el desarrollo de la empatía en los niños pequeños es crear una cultura del cuidado en el entorno de la primera infancia. “Ayudar a los niños a comprender los sentimientos de otras personas es un aspecto integral del programa de convivencia. Las relaciones entre los profesores, entre los niños y los profesores, y entre los niños se fomentan con interacciones cálidas y afectuosas” (p. 28).[1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

15.9: Empatía is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.10: Emociones y cognición

Relación entre las emociones y la cognición

En las investigaciones sobre el cerebro, se indica que las emociones y la cognición son procesos profundamente interrelacionados. En concreto, “los recientes hallazgos de la neurociencia cognitiva indican que los mecanismos neuronales que subyacen a la regulación de las emociones pueden ser los mismos que los que subyacen a los procesos cognitivos” (Bell & Wolfe, 2004, p. 366). Las emociones y la cognición trabajan juntas, al informar en conjunto las impresiones del niño sobre las situaciones e influir en el comportamiento. La mayor parte del aprendizaje en los primeros años se produce en el contexto del apoyo emocional (Consejo Nacional de Investigación e Instituto de Medicina, 2000). “Las ricas interpenetraciones de emociones y cogniciones establecen los principales guiones psíquicos de la vida de cada niño” (Panksepp, 2001). Juntas, la emoción y la cognición contribuyen a los procesos de atención, la toma de decisiones y el aprendizaje (Cacioppo & Berntson, 1999).

Los procesos cognitivos, como la toma de decisiones, también se ven afectados por las emociones (Barrett et al., 2007). Las estructuras cerebrales implicadas en los circuitos neuronales de la cognición influyen en la emoción y viceversa (Barrett et al., 2007). Las emociones y los comportamientos sociales afectan la capacidad del niño pequeño para persistir en una actividad orientada a los objetivos, buscar ayuda cuando la necesita, y participar en las relaciones y beneficiarse de ellas. Los niños pequeños que muestran un ajuste social, emocional y conductual saludable tienen más probabilidades de tener un buen rendimiento académico en la escuela primaria (Cohen et al., 2005; Zero to Three, 2004). Históricamente, la marcada distinción entre cognición y emoción puede ser más un producto del estudio que una representación de cómo ocurren estos procesos en el cerebro (Barrett et al., 2007). En las investigaciones recientes, se refuerza la opinión de que los programas para la primera infancia favorecen los resultados positivos del aprendizaje posterior en todos los ámbitos al promover un desarrollo socioemocional saludable (National Scientific Council on the Developing Child, 2004; Raver, 2002; Shonkoff, 2004)[1].



Figura 15.10.1: Un niño se esfuerza por concentrarse a pesar de la presencia de emociones fuertes. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

1. California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.
2. Imagen de Nina Kuchkovskiy con licencia CC: BY-NC.

15.10: Emociones y cognición is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.11: El papel del lenguaje en la emoción

Análisis de la conexión entre el lenguaje y la emoción

Las crecientes habilidades lingüísticas de los niños pequeños son vitales para su desarrollo emocional. El lenguaje da lugar a nuevas formas de comunicación y de regulación de las emociones (Campos, Frankel, & Camras, 2004). Ayuda a los niños a negociar con más eficacia resultados aceptables en situaciones de gran carga emocional.[1]

La gran cantidad de pruebas de la ciencia cognitiva y del desarrollo demuestran que el conocimiento de las palabras ayuda a los bebés y a los adultos a adquirir y a utilizar conceptos lingüísticos a lo largo de su vida; estas pruebas indican que el lenguaje es clave para el desarrollo de las estructuras emocionales. [2]

Los profesionales han propuesto que los bebés utilizan el sonido fonológico como pista para la diferenciación entre las sensaciones del entorno. Esto es especialmente relevante en el caso de las categorías de emociones, en las que la palabra “ira”, por ejemplo, puede unir varias modalidades de experiencia sensoriomotora (como sensaciones corporales, situaciones o comportamientos). Estas categorías de las emociones también sirven de “pegamento” para las diferentes instancias de ira que no son perceptivamente regulares o coherentes entre sí. Por ejemplo, estar enfadado con tu computadora puede no parecer ni sentirse igual que estar enfadado por un insulto. Las etiquetas emocionales pueden ser una pista importante para ayudar a los bebés y a los niños pequeños a entender las categorías de las emociones y a aplicarlas a sus propias experiencias y observaciones. En ninguna investigación se ha examinado directamente esta hipótesis.[2]



Figura 15.11.1: La lectura con los bebés es una parte importante del desarrollo lingüístico y emocional. (Imagen en Piqsels).

Los niños de dos años utilizan las etiquetas emocionales directas “enfadado” y “feliz” en las interacciones diarias; sin embargo, los niños de dos años no pueden distinguir entre categorías de emociones desagradables más específicas hasta que empiezan a utilizar de forma fiable otros términos de emoción negativa en las interacciones diarias (Widen & Russell, 2008). A medida que los niños adquieren palabras emocionales y comienzan a utilizarlas en la vida cotidiana con sus cuidadores, se vuelven cada vez más competentes para percibir y etiquetar las expresiones faciales en las categorías de emoción de su cultura. Al igual que las palabras ayudan a los bebés a generalizar entre objetos perceptivamente distintos durante el aprendizaje, los niños pequeños muestran un “efecto de superioridad del lenguaje” al categorizar las expresiones faciales. El efecto de superioridad lingüística significa que los niños de dos y tres años son más capaces de colocar con precisión imágenes de expresiones faciales en una caja etiquetada con una palabra (p. ej., ira) en comparación con una caja etiquetada con una cara (p. ej., una cara enfadada), un efecto que aumenta a lo largo de la primera infancia (Russell & Widen, 2002). Los estudios también demuestran una relación entre la comprensión

emocional de los niños y el desarrollo lingüístico, lo que indica que los avances de los niños en la comprensión emocional se desarrollan al mismo ritmo que sus avances en la comprensión del lenguaje (Harris et al., 2005).[2]

Las pruebas indican que los padres y los cuidadores ayudan a los niños a adquirir conceptos emocionales mediante los poderes comunicativos del lenguaje. Los padres y los cuidadores también apoyan a los niños al facilitar las conversaciones en torno a las emociones según la situación. Los padres y los cuidadores suponen constantemente, o deducen, lo que creen que su hijo pequeño puede estar sintiendo. Estas inferencias del comportamiento del bebé se basan en los conceptos aprendidos por el adulto a partir de sus propias experiencias. Esas experiencias de los adultos, combinadas con la situación actual, su conocimiento de cómo suele actuar su hijo y su comportamiento actual, crean una conjetura sobre las emociones del bebé. Por ejemplo, un padre puede clasificar el estado interno de su hija preverbal como “enfadada” cuando observa que se niega a comer y tira la comida; llega a esta conclusión en función de la situación actual, de sus experiencias personales y del conocimiento de situaciones en las que él siente frustración. Puede etiquetar su estado emocional por ella al preguntarle por qué está “enfadada”. Este etiquetado de los padres puede ayudar a la niña a asociar sus sentimientos actuales de malestar, sus comportamientos y las reacciones de su padre en ese momento con la palabra “enfadada”. Cuando los padres y los cuidadores hablan de las emociones que hay detrás del comportamiento y de los sentimientos, el conocimiento emocional está más definido y es más accesible para el niño y otras personas. Estos niños son más conscientes emocionalmente y comprenden las complejidades y los matices de las emociones en diferentes situaciones.[2]

Los conocimientos conceptuales de los cuidadores sobre las emociones y las habilidades de comunicación pueden transferirse a sus hijos. Por ejemplo, las expresiones emocionales de los niños de dos a cuatro años se relacionan con las etiquetas emocionales que sus madres conocen y utilizan (Cervantes & Callanan, 1998). Los niños cuyas madres utilizaban más términos de emociones cuando tenían 18 meses eran capaces de producir más palabras de emociones a los 24 meses (Dunn et al., 1987). Los niños cuyos cuidadores hablaban más de las emociones cuando los niños tenían 36 meses también tenían mejor comprensión emocional a los 6 años (Dunn et al., 1991). La explicación de un adulto sobre los estados y los atributos internos (como hambriento, triste o lindo) fomenta la capacidad de los niños para identificar y describir las mismas experiencias en ellos mismos y en los demás (Saarni, 1999; Yehuda, 2005). El uso de palabras ayuda a los niños a adquirir la información compleja sobre la categoría de una emoción (Lindquist, 2015). Por el contrario, los cuidadores que carecen de conocimientos conceptuales sobre las emociones o tienen dificultades para comunicar estos conocimientos con palabras disminuyen las oportunidades del niño para desarrollar una comprensión conceptual de la emoción.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[2] Lindquist, K. A., MacCormack, J. K., & Shablack, H. (2015). The role of language in emotion: predictions from psychological constructionism. *Frontiers in psychology*, *6*, 444. CC BY.

15.11: El papel del lenguaje en la emoción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.12: Saber lo que pueden hacer

Autoeficacia

El sentido de autoeficacia que desarrolla un bebé incluye una comprensión emergente de que tiene capacidades y de que puede hacer que las cosas sucedan. La autoeficacia se relaciona con el sentido de competencia y se identifica como una necesidad humana básica (Connell, 1990). El desarrollo del sentido de autoeficacia del niño puede observarse en el juego o en las conductas exploratorias cuando actúa sobre un objeto para obtener un resultado. Por ejemplo, un niño da golpecitos a un juguete musical para que salga un sonido. Los bebés de más edad pueden demostrar el reconocimiento de su capacidad mediante afirmaciones del tipo "yo", como "Lo hice"" o "Soy bueno dibujando".[1]

Los niños pequeños entienden poco sobre lo que pueden y no pueden hacer, por lo que el desarrollo de una autoeficacia realista es un proceso fundamental:

> *... Los niños muy pequeños carecen de conocimiento de sus propias capacidades y de las exigencias y de los peligros de los diferentes modos de actuar. Si no fuera por la orientación de los demás, se meterían una y otra vez en situaciones peligrosas. Pueden trepar a lugares altos, meterse en ríos o charcos profundos y utilizar cuchillos afilados antes de desarrollar las habilidades necesarias para manejar esas situaciones con seguridad... La vigilancia y la orientación de los adultos acompañan a los niños pequeños durante este periodo formativo temprano hasta que adquieren el conocimiento suficiente de lo que pueden hacer y de lo que las diferentes situaciones requieren en cuanto a las habilidades (Bandura, 1986, p. 414).*

Durante la infancia, el desarrollo de la eficacia causal percibida (la percepción de que nuestras acciones afectan al mundo) parece ser un aspecto esencial del desarrollo del sentido del yo. A medida que el bebé interactúa con su entorno, puede provocar acontecimientos predecibles, como el sonido que acompaña a la agitación de un sonajero. La comprensión de que las propias acciones pueden influir en el entorno es algo que Alfred Bandura denominó agencia personal: la capacidad de actuar como un agente de cambio en el propio mundo. El niño también empieza a comprender que ciertos acontecimientos afectan a las personas de forma diferente a como lo afectan a él. Por ejemplo, si alguien toca una estufa caliente, no le hace daño al bebé, por lo que este empieza a reconocer su singularidad y su existencia real como una persona. Durante este período, las interacciones con el entorno físico pueden ser más importantes que las interacciones sociales, ya que el entorno físico es más predecible y más fácil de aprender (Bandura, 1986, 1997). Sin embargo, la interacción social se vuelve rápido muy influyente (Kelland, 2020).



Figura 15.12.1: Los bebés aprenden que pueden hacer que las cosas sucedan interactuando con su entorno. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

1. California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development* se utiliza con permiso.
2. Imagen de Rachel Klippenstein-Gutierrez con licencia CC BY-NC.

15.12: Saber lo que pueden hacer is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.13: Control de los impulsos

Control de las emociones y de los impulsos

El desarrollo de la capacidad de los niños para controlar los impulsos los ayuda a adaptarse a las situaciones sociales y a seguir las normas. A medida que los bebés crecen, son cada vez más capaces de ejercer un control voluntario sobre su comportamiento, como, por ejemplo, esperar a que se cumplan sus necesidades, inhibir los comportamientos posiblemente perjudiciales y actuar de acuerdo con las expectativas sociales, incluidas las normas de seguridad. Los entornos de cuidado en grupo ofrecen muchas oportunidades para que los niños practiquen sus habilidades de control de impulsos. Las interacciones con los compañeros suelen ofrecer oportunidades naturales para que los niños pequeños practiquen el control de los impulsos mientras aprenden a jugar de forma cooperativa y a compartir. La comprensión o el desconocimiento de los niños pequeños de las peticiones que se les hacen contribuye a sus respuestas (Kaler & Kopp, 1990). [1]



Figura 15.13.1: Jugar con los compañeros permite trabajar el control de los impulsos. (C[2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[2] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

15.13: Control de los impulsos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.14: Expresión de las emociones

La importancia de las expresiones emocionales

Los niños expresan sus emociones desde la infancia mediante expresiones faciales, vocalizaciones y lenguaje corporal.



Figura 15.14.1: Un bebé llorando. ([1])

Los bebés responden más positivamente a las vocalizaciones de los adultos que contienen un tono afectivo positivo (Fernald, 1993). Tronick (1989) describe cómo la expresión de las emociones se relaciona con la regulación emocional y la comunicación entre la madre y el bebé: “Las expresiones emocionales del bebé y del cuidador funcionan para permitirles regular mutuamente sus interacciones. El bebé y el adulto son participantes de un sistema de comunicación afectiva” (p. 112). Parece que la experiencia de las emociones positivas contribuye significativamente al bienestar emocional y a la salud psicológica (Fredrickson, 2000, 2003; Panksepp, 2001). La neurofisiología y los factores cognitivos, sociales y emocionales intervienen en el proceso de desarrollo de la sonrisa social (Messinger & Fogel, 2007). La capacidad de utilizar las palabras para expresar las emociones proporciona a los niños pequeños una valiosa herramienta para obtener ayuda o apoyo social (Saarni et al., 2006). El temperamento también puede influir en la expresión de las emociones de los niños. Las expresiones de emociones positivas y negativas de los niños pequeños influyen en el desarrollo de las relaciones sociales. Las emociones positivas atraen a los interlocutores sociales y permiten establecer relaciones, mientras que la gestión o la expresión problemáticas de las emociones negativas provocan dificultades en las relaciones sociales (Denham & Weissberg, 2004). El uso de palabras relacionadas con la emoción parece estar asociado con la simpatía de los niños en edad preescolar hacia sus compañeros: los niños que utilizan palabras relacionadas con la emoción suelen caerles mejor a sus compañeros de clase (Fabes at al., 2001).[2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Joy Poeng con licencia CC BY-NC.

[2] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development*. Se utiliza con permiso.

15.14: Expresión de las emociones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.15: Comprensión social y conciencia de sí mismo

Comprensión y conciencia

Las emociones se expresan tanto de forma oral, por medio de las palabras, como de forma no verbal, mediante expresiones faciales, voces, gestos, posturas corporales y movimientos. Las personas expresan constantemente sus emociones cuando interactúan con otros, y los demás pueden juzgar de forma fiable esas expresiones emocionales (Elfenbein & Ambady, 2002; Matsumoto, 2001). Las emociones tienen un valor de señal para los demás e influyen en quienes nos rodean y en nuestras interacciones sociales. Las emociones y sus expresiones les comunican a los demás información sobre nuestros sentimientos, intenciones, relación con el objeto de las emociones y el entorno. Dado que las emociones tienen este valor de señal comunicativa, ayudan a resolver los problemas sociales al evocar las respuestas de los demás, al indicar la naturaleza de las relaciones interpersonales y al brindar incentivos para el comportamiento social deseado (Keltner, 2003). [1]



Figura 15.15.1: Un bebé indica sus necesidades llorando. ([5])

La creencia de los padres de que las emociones son valiosas y no peligrosas se correlaciona con la capacidad de sus hijos de reconocer las expresiones faciales emocionales de sus padres (Castro et al., 2014). Evitar la expresión emocional puede crear un entorno más empobrecido para que el niño practique sus habilidades relevantes para las emociones en desarrollo (Dunsmore et al., 2009). Además, las familias que evitan hablar de las emociones con su hijo (debido a la creencia de que las emociones son peligrosas) no ayudan al niño a adquirir los conocimientos conceptuales necesarios para aprender a diferenciar las distintas expresiones faciales emocionales.[2]



Figura 15.15.2: A medida que los bebés desarrollan el lenguaje, comienzan a expresar sus emociones de diferentes maneras. ([6])

De forma sorprendente, los niños pequeños empiezan a desarrollar la comprensión social muy pronto en su vida. Antes de cumplir el primer año, los bebés son conscientes de que otras personas tienen percepciones, sentimientos y otros estados mentales que afectan a su comportamiento y son diferentes de los estados mentales del bebé.[3]

La emoción se manifiesta por medio de diversos mecanismos. Además de las expresiones faciales, el tono de voz, el comportamiento y el lenguaje corporal comunican información sobre los estados emocionales. El lenguaje corporal es la expresión de las emociones mediante la posición o el movimiento del cuerpo. Las investigaciones indican que somos sensibles a la información emocional comunicada con el lenguaje corporal, incluso cuando no somos conscientes de ello (de Gelder, 2006; Spielman, 2020; Tamietto et al., 2009).

Aunque los científicos del desarrollo creían firmemente que los bebés son egocéntricos –centrados en sus propias percepciones y experiencias–, ahora se dan cuenta de lo contrario. Los bebés en una etapa temprana son conscientes de que las personas tienen diferentes estados mentales (Wellman, 2011). Esto los motiva a averiguar lo que los demás sienten, pretenden, quieren y piensan, así como la forma en que estos estados afectan al comportamiento de los demás.

Los bebés están empezando a desarrollar una teoría de la mente, y aunque su comprensión de los estados mentales comienza de forma sencilla, se expande rápido (Wellman, 2011). Por ejemplo, supongamos que un niño de 18 meses observa cómo un adulto intenta dejar caer reiteradamente un collar en una taza, pero falla cada vez. En este caso, el niño de inmediato pondrá el collar en la taza él mismo y completará lo que el adulto pretendía hacer, pero no logró. Al hacerlo, el niño revela su conciencia de las intenciones que hay detrás del comportamiento del adulto (Meltzoff, 1995). En estudios experimentales cuidadosamente diseñados se ha demostrado que, a finales de los años preescolares, los niños pequeños pueden entender que las creencias de los demás pueden ser incorrectas, que los recuerdos pueden afectar lo que uno siente y que se puede ocultar las emociones a los demás

(Wellman, 2011). La comprensión social aumenta considerablemente a medida que se desarrolla la teoría de la mente de los niños. [4]

¿Cómo se producen estos logros en la comprensión social? Una respuesta es que los niños pequeños son observadores compasivos de otras personas. Hacen conexiones entre sus expresiones emocionales, sus palabras y su comportamiento para obtener inferencias sencillas sobre los estados mentales (Gopnik, Meltzoff & Kuhl, 2001). Algunos científicos creen que los bebés están preparados biológicamente para percibir a las personas de forma única, como organismos con una vida mental interna, lo que facilita su interpretación del comportamiento de las personas en relación con esos estados mentales (Leslie, 1994; Thompson, 2021). Esto es probable que ocurra en especial en las relaciones con personas que el niño conoce bien, lo que respalda las ideas de la teoría del apego. Las crecientes habilidades lingüísticas proporcionan a los niños pequeños palabras con las que representar estos estados mentales, como “enfadado” o “quiere”, y hablar de ellos con las demás personas. Así, en las conversaciones con sus padres sobre experiencias cotidianas, los niños aprenden mucho sobre los estados mentales de las personas por la forma en que los adultos hablan de ellas (“Tu hermana estaba triste porque pensaba que papá iba a volver a casa”) (Thompson, 2006b). El desarrollo de la comprensión social se basa en las interacciones cotidianas de los niños con los demás y en sus cuidadosas interpretaciones de lo que ven y oyen.[4]



Figura 15.15.3: Las relaciones son una parte importante del desarrollo emocional. (Imagen 329 en NappyStock).

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Hwang, H. & Matsumoto, D. (2021). Functions of emotions tiene licencia CC BY-SA.

[2] Lindquist, K. A., MacCormack, J. K., & Shablack, H. (2015). The role of language in emotion: predictions from psychological constructionism. *Frontiers in psychology*, *6*, 444. CC BY.

[3] Thompson, R. (2021). Social and personality development in childhood tiene una licencia CC BY-NC-SA.

[4] **Social Understanding** de Paris, Ricardo, Raymond & Johnson tiene licencia CC BY 4.0.

[5] Imagen de Nina Kuchkovskiy con licencia CC BY-NC.

[6] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

15.15: Comprensión social y conciencia de sí mismo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.16: Expresión facial y reconocimiento de las emociones

Reconocimiento de las emociones

A pesar de las diferentes normas culturales de demostración de las emociones, nuestra capacidad para reconocer y producir expresiones faciales de emoción parece ser universal. Incluso las personas ciegas de forma congénita hacen las mismas expresiones faciales de emociones, a pesar de no haber tenido nunca la oportunidad de observar estas demostraciones faciales de emoción en otras personas. Los resultados de las investigaciones indican patrones de actividad en los músculos faciales implicados en la generación de expresiones emocionales: esto se señaló a finales del siglo XIX en el libro de Charles Darwin (1872) *The Expression of Emotions in Man and Animals*. Existen importantes pruebas de siete emociones universales asociadas con las distintas expresiones faciales. Estas son la felicidad, la sorpresa, la tristeza, el susto, el asco, el desprecio y la ira (Figura 15.16.1). (Ekman & Keltner, 1997, Elkman et al., 1969, Ekman & Friesen, 1971). [1]

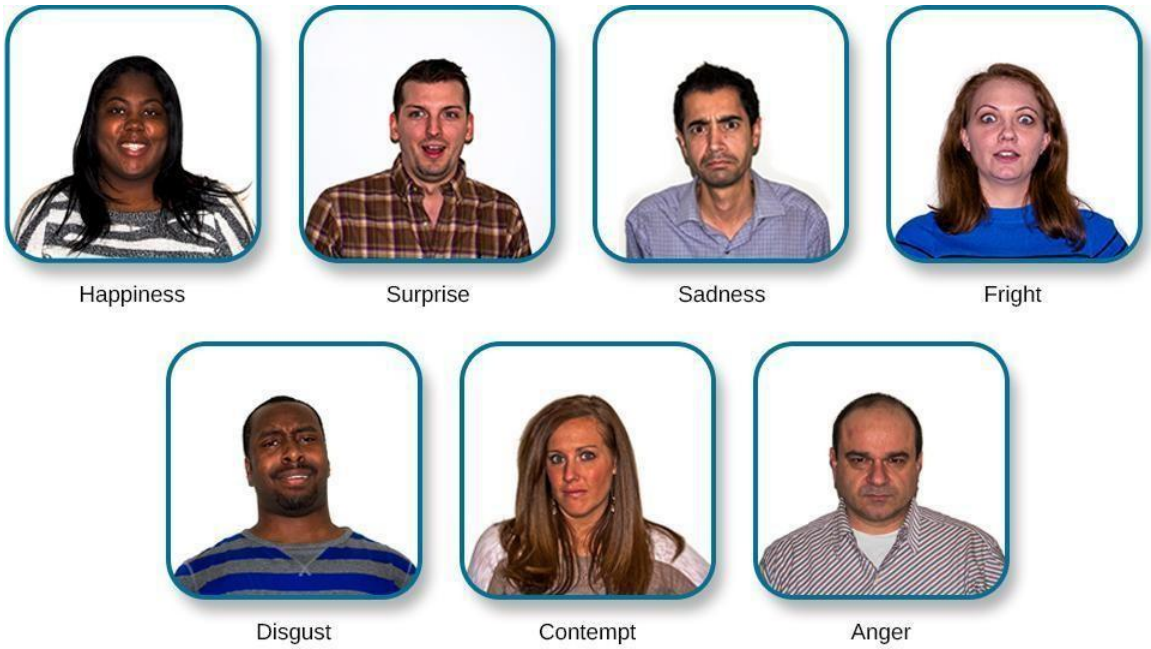


Figura 15.16.1: Las siete expresiones faciales universales de emoción. (Modificación de trabajo de Cory Zanker).

En términos de desarrollo, parece que la mayoría de los componentes faciales de la expresión humana pueden observarse poco después del nacimiento. Expresiones como el disfrute y el interés están presentes desde los primeros días de vida (Sullivan & Lewis, 2003). Al principio, los investigadores pensaban que las expresiones faciales de los bebés se correspondían con las de los adultos (consulte la Teoría de las emociones diferenciales [Differential emotion theory, DET] en Izard & Malatesta, 1987), pero ahora se sabe que las expresiones faciales en la infancia no están presentes como sus equivalentes de los adultos (Oster, 2005). La emoción en la infancia no puede compararse con la emoción en la edad adulta. Sroufe (1996) describió las emociones precursoras en la infancia. Las emociones precursoras no tienen el mismo grado de evaluación cognitiva que las emociones de los adultos. Sroufe describió cómo la cautela y la frustración pueden manifestarse como llanto y angustia. Esta observación coincide con el estudio de Camras et al. (2007) que no encuentran expresiones faciales diferentes para el miedo y la ira a los 11 meses.

Las diferencias entre las expresiones faciales de los adultos y de los bebés también pueden relacionarse con la estructura motriz de las caras de los bebés. Camras et al. (1996) señalaron que los bebés pueden hacer expresiones faciales en una situación no relacionada debido a una mayor implicación entre los músculos faciales durante el movimiento. Por ejemplo, los bebés de 5 a 7 meses levantan las cejas al abrir la boca y hacen una expresión de sorpresa.

Holodynski & Friedlmeier (2006) propusieron que los bebés aprendían expresiones similares a las de los adultos a partir de un modelo de internalización de base sociocultural: los cuidadores reproducían las expresiones de los bebés de forma selectiva y exagerada, lo que les permitía a los niños aprender la conexión entre su emoción y una cierta expresión facial.[1]

La aparición de expresiones parecidas a las de los adultos no se entiende bien (Oster, 2005). Bennett et al. (2005) demostraron que la organización de la expresividad facial aumenta durante la infancia. Los bebés de 12 meses mostraron una expresión más específica ante una situación que los bebés de 4 meses. Parece que los niños siguen aprendiendo a hacer expresiones faciales hasta

el final de la niñez. Ekman et al. (1980) demostraron que la capacidad de hacer expresiones faciales mejora entre los 5 y los 13 años.

Sin embargo, los niños pequeños no producen de manera perfecta todas las expresiones faciales. La producción de la expresión facial depende de la edad y de la emoción a la que se dirige. La alegría se produce bien a los tres años, mientras que la ira, la tristeza y la sorpresa aún no se dominan a los seis años. Field & Walden (1982) también descubrieron que las emociones positivas son más fáciles de producir que las negativas. Sin embargo, Lobue & Thrasher (2014) pidieron a los niños que imitaran las expresiones faciales de un adulto y no encontraron efectos de la edad o del subtipo de emoción en la producción de expresiones faciales en niños de dos a ocho años.[2]



Figura 15.16.2: La imitación de las emociones tiene resultados de investigación variados y contradictorios. ([4])

Las expresiones faciales de las emociones son importantes reguladores de la interacción social. Este concepto se ha investigado por medio de la referencia social (Klinnert, Campos & Sorce, 1983), el proceso por el que los niños buscan información de otras personas para aclarar una situación y, luego, utilizan esa información para actuar. La demostración más contundente de la referencia social hasta la fecha procede del trabajo sobre el "acantilado visual". En el primer estudio que se investigó este concepto, Campos y sus colegas (Sorce, Emde, Campos & Klinnert, 1985) colocaron a las madres en el extremo más alejado de un "acantilado" del bebé. En primer lugar, las madres sonreían a sus bebés y colocaban un juguete encima del vidrio de seguridad para atraerlos: los bebés comenzaban invariablemente a gatear hacia sus madres. Sin embargo, cuando los bebés se encontraban en el centro de la mesa, la madre planteaba una expresión de miedo, tristeza, enfado, interés o alegría. Los resultados variaron según la emoción expresada: ningún bebé cruzó la mesa cuando la madre demostró miedo, el 6 % cruzó cuando la madre demostró enfado, el 33 % cruzó cuando la madre demostró tristeza y cerca del 75 % de los bebés cruzó cuando la madre mostró alegría o interés.

Otros estudios proporcionan un respaldo similar a las expresiones faciales como reguladores de la interacción social. En un estudio (Bradshaw, 1986), los investigadores plantearon expresiones faciales de neutralidad, enfado o asco hacia los bebés mientras se acercaban a un objeto y midieron la cantidad de inhibición que los bebés demostraban al tocar el objeto. Los resultados de los niños de 10 y 15 meses fueron los mismos: la ira produjo la mayor inhibición, seguida del asco y, luego, la neutralidad. Este estudio se repitió más adelante (Hertenstein & Campos, 2004) y se utilizaron las expresiones de alegría y asco, y se alteró el método para que los bebés no pudieran tocar el juguete (en comparación con un objeto distractor) hasta una hora después de la exposición a la expresión. A los 14 meses de vida, un número significativamente mayor de bebés tocaba el juguete cuando veía expresiones de alegría, pero menos tocaban el juguete cuando veían la expresión de asco.[3]



Referencias y Fuente de Figuras

[1] Thompson, R. (2021). Social and personality development in childhood tiene una licencia CC BY-NC-SA.

[2] Grossard et. al. (2018) Children Facial Expression Production: Influence of Age, Gender, Emotion Subtype, Elicitation Condition and Culture tiene licencia Creative Commons Attribution License (CC BY).

[3] Hwang, H. & Matsumoto, D. (2021). Functions of emotions tiene licencia CC BY-SA.

[4] Imagen de Molly Ram con licencia CC BY-NC.

15.16: Expresión facial y reconocimiento de las emociones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.17: Unir las piezas

Inteligencia emocional

La inteligencia emocional, tal y como la definen Salovey y Mayer en *Emotional Intelligence* (2020), es un "subconjunto de la inteligencia social que implica la capacidad de observar las propias emociones y las de los demás, distinguir entre ellas y utilizar esta información para guiar el propio pensamiento y las acciones" (Bechtoldt, 2008). La inteligencia emocional es la capacidad de reconocer las emociones en uno mismo y en los demás, y luego aprovechar la información emocional para adaptar el pensamiento y el comportamiento al entorno y lograr el objetivo propio.[1]



Figura 15.17.1: Un bebé y un cuidador demostrando sus emociones. ([1])

Inteligencia emocional: la teoría de Goleman

Aunque Salovey y Mayer fueron los primeros en publicar un artículo sobre la inteligencia emocional, la verdadera popularidad del término y del concepto de IE no se produjo hasta que Dan Goleman publicó "La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual" (Bechtoldt, 2008). Goleman afirma que la IE es más importante que el Cociente intelectual (CI) para disfrutar de una vida exitosa y mantener relaciones fructíferas y seguras con los demás (Karafyllis & Ulshofer, 2008). Goleman propuso una nueva definición de inteligencia que incluye cualidades, como el optimismo, el autocontrol y el carácter moral. Señala que, a diferencia de la inteligencia general, que se considera estable con el tiempo, la IE puede aprenderse y aumentar en cualquier momento de la vida (Karafyllis & Ulshofer, 2008). Goleman también propuso que la IE tiene una dimensión moral y afirma que "la alfabetización emocional va de la mano de la educación para el desarrollo del carácter, la moral y la ciudadanía" (Karafyllis & Ulshofer, 2008, p.135).[2]

En la imagen siguiente, se ilustran las competencias clave de la inteligencia emocional y se muestra la conexión entre los elementos del desarrollo emocional de los bebés y de los niños pequeños y la inteligencia emocional.



Figura 15.17.2: La inteligencia emocional, tal y como la describe Daniel Goleman. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Marie Harris con licencia CC By-NC.

[2] Eric. (n.d.). Emotional Intelligence at work de Daniel Goleman: Self-Master - Part 1 tiene licencia CC BY-SA.

15.17: Unir las piezas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.18: Elementos culturales del desarrollo emocional

Cultura y emociones

Dado que la cultura influye en la forma de demostrar las emociones, las personas de distintos orígenes culturales pueden tener reglas culturales muy diferentes para la exhibición de las emociones. Una regla de exhibición cultural es uno de los conjuntos de normas culturalmente específicas que rigen los tipos y las frecuencias de las exhibiciones emocionales aceptables (Malatesta & Haviland, 1982). Algunos grupos culturales parecen expresar ciertas emociones con más frecuencia que otros grupos culturales (Tsai, Levenson & McCoy, 2006). Los grupos culturales también varían según las emociones y los estados emocionales que valoran (Tsai, Knutson & Fung, 2006). Por ejemplo, en las investigaciones se ha demostrado que las personas procedentes de Estados Unidos expresan emociones negativas, como el miedo, la ira y el asco, tanto a solas como en presencia de otros. En cambio, las personas procedentes de Japón solo lo hacen cuando están solas (Matsumoto, 1990). Además, las personas de culturas que tienden a enfatizar la cohesión social son más propensos a reprimir las reacciones emocionales para poder evaluar qué respuesta es la más apropiada en cada contexto (Matsumoto, Yoo & Nakagawa, 2008). Un estudio indica que las diferencias culturales en la exposición a emociones específicas por medio de los libros de cuentos pueden contribuir a las preferencias de los niños pequeños por determinados estados emocionales (como estar emocionados o tranquilos) (Tsai et al., 2007).[1]



Figura 15.18.1: La expresión de la tristeza puede tener una base cultural. ([2])

Las culturas también nos informan sobre qué hacer con nuestras emociones, es decir, cómo gestionarlas o modificarlas cuando las experimentamos. Esto suele ocurrir mediante la gestión de nuestras expresiones emocionales por medio de reglas culturales de exhibición (Friesen, 1972). Estas reglas culturales se aprenden a una edad temprana y especifican la gestión y la modificación de nuestras expresiones emocionales en función de las circunstancias sociales. A algunas personas se les enseña a reírse de los chistes de su jefe aunque no tengan gracia; otras aprenden que “los niños grandes no lloran”. La cultura afecta la forma en que las personas expresan sus emociones y la forma en que las personas las experimentan. La regulación emocional también está influenciada por la cultura y por la época histórica en la que vive una persona. Esta variabilidad cultural en los procesos de regulación es significativa (Mesquita & Frijda, 1992). “Las culturas varían en cuanto a lo que se espera que uno sienta, y cuándo, dónde y con quién se pueden expresar los diferentes sentimientos” (Cheah & Rubin, 2003, p. 3).[3]



Figura 15.18.1: Expresando felicidad juntos. ([3])

Un aspecto crucial de la cultura proviene de la transmisión del significado emocional a sus miembros: una de las formas en que esto ocurre es por medio del desarrollo de visiones del mundo (como actitudes, valores, creencias y normas) relacionadas con las emociones (Matsumoto & Hwang, 2013; Matsumoto et al., 2008). Las visiones del mundo relacionadas con las emociones proporcionan directrices para las emociones deseables, que facilitan las normas para regular los comportamientos individuales y las relaciones interpersonales. Los contextos culturales nos indican qué emociones son ideales y cuáles no (Tsai, Knutson & Fung, 2006). La transmisión cultural de la información relacionada con las emociones se produce de muchas maneras, y una de las más importantes es la que se produce de los cuidadores a los niños (Schönpflug, 2009; Tsai, Louie, Chen & Uchida, 2007).

Como cuidador de bebés y de niños pequeños, ¿cómo pueden las normas emocionales de su cultura entrar en conflicto a veces con las normas emocionales/culturales de los niños a su cuidado?[4]

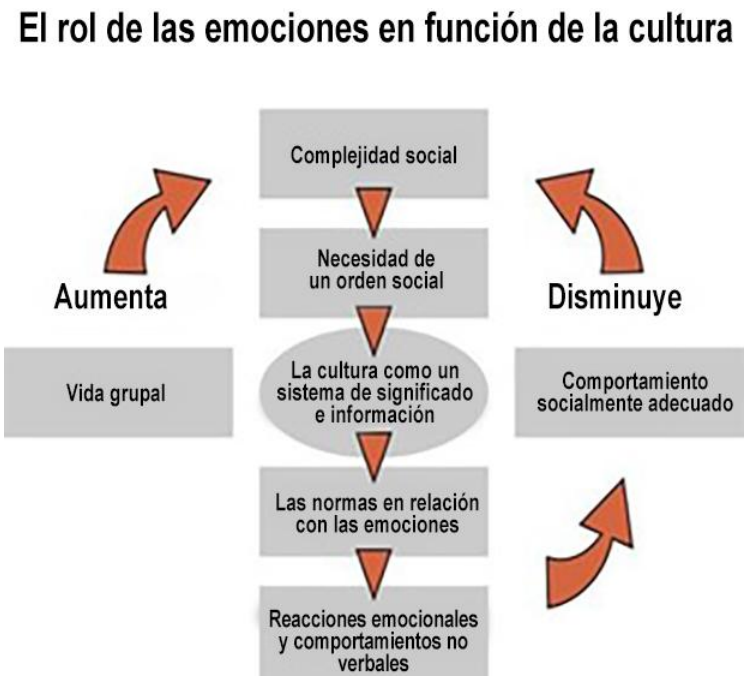


Figura 15.18.3: El papel de las emociones en la función de la cultura. De Complejidad social a Necesidad de orden social a La cultura como un sistema de significado e información a Las normas relacionadas con las emociones a Las reacciones emocionales y los comportamientos no verbales que contribuyen a Un comportamiento socialmente aceptado que luego disminuye la Complejidad social. (5]).

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[2] La imagen de David_Miram es de dominio público.

[3] *La imagen de @ablissfulbirth es de dominio público.*

[4] Hwang, H. & Matsumoto, D. (2021). Functions of emotions tiene licencia CC-BY-SA.

15.18: Elementos culturales del desarrollo emocional is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.19: Competencia emocional y autorregulación- una estrategia para promover el desarrollo emocional

Una estrategia para promover el desarrollo emocional

La competencia emocional y autorregulación (Emotional Competence and Self-Regulation, ECSEL) se basa en los fundamentos emocionales del aprendizaje y de la cognición. El objetivo de la ECSEL es ayudar a los niños pequeños a desarrollar la competencia emocional en su camino hacia la autorregulación efectiva. Enseña la competencia emocional a los niños desde que son bebés, lo que ayuda a mejorar la regulación de las emociones y la autorregulación, y a promover un sentido positivo de sí mismo, la salud mental y el bienestar.[1]

Desde el nacimiento, los niños pequeños necesitan programas que se centren en las habilidades emocionales y de autorregulación al utilizar una variedad de técnicas. Los adultos pueden apoyar el desarrollo de la regulación emocional de los bebés al reducir al mínimo la exposición al estrés excesivo, los entornos caóticos, la sobreestimulación y la infraestimulación. En el siguiente cuadro, se describen algunas estrategias específicas de los cuidadores que ayudan al desarrollo de la autorregulación.[2]

Table 15.19.1: Promoción del crecimiento del desarrollo de la autorregulación y la corregulación desde el nacimiento hasta los dos años[1]

Etapa de desarrollo	Características de la autorregulación en los bebés	Cómo pueden brindar corregulación los cuidadores
Infancia (desde el nacimiento hasta 1 año)	• Orientan la atención lejos de los factores de estrés. Involucran a los cuidadores como recursos de consuelo. • Empiezan a tranquilizarse ellos solos.	• Interactuar de forma cariñosa y receptiva. • Anticiparse y responder rápido a las necesidades del niño. Consolar física y emocionalmente al niño cuando esté estresado. • Modificar el entorno para disminuir las exigencias/estrés.
Niñez (1 o 2 años, aproximadamente)	• Empiezan a seleccionar y a cambiar la atención (control de la atención). • Adaptan el comportamiento para conseguir objetivos sencillos. • Retrasan la gratificación e inhiben las respuestas durante períodos cortos cuando hay estructura y apoyo. • Las emociones son más fuertes que la regulación cognitiva. • Los sentimientos de apego promueven los objetivos prosociales.	• Tranquilizar/calmar al niño cuando esté molesto y alejarlo de las situaciones o hablarle con calma y darle afecto. • Modelar estrategias de autorrelajación. • Enseñar reglas y reorientar para regular el comportamiento.

Los cuidadores de bebés y niños pequeños deben prestar atención y anotar los sentimientos y las respuestas emocionales de los niños: sugerir palabras para sus sentimientos y ayudarlos a nombrarlos en lugar de decirles lo que sienten. Esta estrategia proporciona a los niños un vocabulario para los sentimientos y les indica que ellos son quienes mejor conocen sus sentimientos. La promoción del lenguaje emocional ayuda a los niños a comprender las causas de sus sentimientos. Ofrezca a los niños posibles explicaciones, en lugar de decírselas, para ayudar a determinar la causa de su emoción. Preste atención a sus propias respuestas emocionales, ya que los niños pequeños son muy sensibles al tono de voz y a las expresiones faciales. Manifieste expresiones de emoción respetuosas y adecuadas, expresiones faciales y un tono de voz que coincidan con los sentimientos. Los tonos fuertes o que transmiten mucho enojo pueden resultar abrumadores y aterradores para los niños.[2]

Los cuidadores favorecen la regulación de las emociones al aprender cómo cada niño prefiere ser consolado. Identifique o nombre para los niños lo que los ayuda a sentirse reconfortados. Reconozca cuando los niños buscan consuelo o se consuelan a sí mismos. Colabore con los niños al brindarles consuelo. Tenga en cuenta que los niños son capaces de consolarse a sí mismos. Demuestre que se aceptan todos los sentimientos que expresan los niños. Los niños pequeños utilizan la referencia social, es decir, miran a los adultos para “leer” cómo van las cosas durante el día. Cuando alguien llora, el profesor puede poner un tono de calma, aceptación y empatía para ayudar a que los niños aprendan que el llanto es natural y que está relacionado con sentimientos de tristeza,

frustración, miedo y enojo. Del mismo modo, un profesor que responde con calma cuando se enfada o tiene miedo ayuda a que los niños aprendan que esos sentimientos son válidos y adecuados.[2]

Referencias

[1] Housman, D.K.The importance of emotional competence and self-regulation from birth: a case for the evidence-based emotional cognitive social early learning approach tiene licencia CC BY.

[2] California Department of Education (Imprenta del CDE). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

15.19: Competencia emocional y autorregulación- una estrategia para promover el desarrollo emocional is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.20: Conclusión

Conclusión sobre el capítulo “Desarrollo emocional”

Comprender la función y el origen del desarrollo emocional proporciona al cuidador los conocimientos fundamentales para apoyar el desarrollo de una forma integral. El enfoque del cuidador muchas veces se orienta al desarrollo físico y descuida el apoyo fundamental de un desarrollo emocional saludable. Sin embargo, las pruebas demuestran que la comunicación con los familiares y los cuidadores sobre las emociones durante la primera infancia es esencial para que los niños desarrollen emociones saludables.

15.20: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

15.21: Referencias

Akimoto, S. A., y Sanbonmatsu, D. M. (1999). Differences in self-effacing behavior between European and Japanese Americans: Effect on competence evaluations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 30*(2), 159–177. https://doi.org/10.1177/0022022199030002002

Anderson, C., & Keltner, D. (2002). The role of empathy in the formation and maintenance of social bonds. *Behavioral and Brain Sciences, 25*(1), 21-22. https://doi.org/10.1017/S0140525X02230010

Adelmann PK, Zajonc RB. Facial efference and the experience of emotion. *Annual Review of Psychology.* 1989;40:249–280. Ayre, K., y Krishnamoorthy, G. (2020). Understand and empathise. En *Trauma Informed Behaviour Support: A Practical Guide to Developing Resilient Learners;* ensayo, University of Southern Queensland. “Understand and empathise” de A tiene licencia CC BY-SA.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1997). ***Self-efficacy: The exercise of control***. Nueva York: Freeman.

Bandura, A., & Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development.* Holt Rinehart and Winston: Nueva York. Bandura, A. (1986). ***Social foundations of thought and action: A social cognitive theory***. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barrett, L. F. (2017). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 12,* 1-23. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5691871/

Barrett, L., and others. 2007. “The Experience of Emotion”, *Annual Review of Psychology,* Vol. 58, 373-403.

Bell, M., and C. Wolfe. 2004. “Emotion and Cognition: An Intricately Bound Developmental Process,” *Child Development,* Vol. 75, No. 2, 366–70.

Bell MA, Wolfe CD. Emotion and cognition: an intricately bound developmental process. Child Dev. 2004 Mar-Apr;75(2):366- 70. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00679.x. PMID: 15056192.

Bennett, D. S., Bendersky, M., and Lewis, M. (2005). Does the organization of emotional expression change over time? Facial expressivity from 4 to 12 months. *Infancy* 8, 167–187. doi: 10.1207/s15327078in0802_4

Blackford, J. U., & Pine, D. S. (2012). Neural substrates of childhood anxiety disorders: A review of neuroimaging findings. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21,* 501-525.

Boiger, M., & Mesquita, B. (2012). The construction of emotion in interactions, relationships, and cultures. *Emotion Review, 4,* 221-229. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073912439765

Bradley MM, Lang PJ. Measuring emotion: the Self-Assessment Manikin and the Semantic Differential. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1994 Mar;25(1):49-59. doi: 10.1016/0005-7916(94)90063-9. PMID: 7962581.

Braungart-Rieker JM, Hill-Soderlund AL, Karrass J. Fear and anger reactivity trajectories from 4 to 16 months: the roles of temperament, regulation, and maternal sensitivity. Dev Psychol. 2010 Jul;46(4):791-804. doi: 10.1037/a0019673. PMID: 20604602.

Buck, R. (1980). Nonverbal behavior and the theory of emotion: The facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 38,* 811-824.

Cacioppo, J., and G. Berntson. 1999. “The Affect System: Architecture and Operating Characteristics,” *Current Directions in Psychological Science,* Vol. 8, No. 5, 133-37. The California Infant/Toddler Curriculum Framework del California Department of Education se utiliza con permiso (2012).

Campos, J.; C. Frankel; and L. Camras. 2004. “On the Nature of Emotion Regulation,” *Child Development,* Vol. 75, No. 2, 377-94.

Camras, L. A., Lambrecht, L., and Michel, G. F. (1996). Infant “surprise” expressions as coordinative motor structures. *J. Nonverbal Behavior.* 20, 183–195. doi: 10.1007/BF02281955

Camras, L. A., Oster, H., Ujiie, T., Campos, J. J., Bakeman, R., and Meng, Z. (2007). Do infants show distinct negative facial expressions for fear and anger? Emotional expression in 11-month-old European American, Chinese, and Japanese infants. *Infancy* 11, 131–155. doi: 10.1111/j.1532-7078.2007.tb00219.x

Development Foundations: Social-Emotional Development. Sacramento: California Department of Education (Imprenta del CDE). Se utiliza con permiso.

Capella JN. The facial feedback hypothesis in human interaction: Review and speculation. *Journal of Language and Social Psychology.* 1993;12(12):13–29. [Google Scholar]

Cornelius, R. R. (1991). Gregorio Marañon's two-factor theory of emotion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17*(1), 65–69. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0146167291171010

Castro, V. L., Halberstadt, A. G., Lozada, F. T., and Craig, A. B. (2014). Parents' emotion-related beliefs, behaviours, and skills predict children's recognition of emotion. *Infant Child Dev.* 24, 1–22. doi: 10.1002/icd.1868

Cervantes, C., and Callanan, M. A. (1998). Labels and explanations in mother-child emotion talk: age and gender differentiation. *Dev. Psychol.* 34, 88–98. doi: 10.1037/0012-1649.34.1.88

Cole, P. M., Armstrong, L. M., & Pemberton, C. K. (2010). The role of language in the development of emotion regulation. En

S. D. Calkins & M. A. Bell (Eds.), *Child development at the intersection of emotion and cognition* (pp. 59-77). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/12059-004

Cohen, J., and others. 2005. *Helping Young Children Succeed: Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development.* El enlace externo se abre en una nueva ventana o pestaña. (Se consultó el 7 de diciembre de 2006). Washington, DC: National Conference of State Legislatures and Zero to Three.

Connell, J. P. 1990. “Context, Self, and Action: A Motivational Analysis of SelfSystem Processes Across the Lifespan”, en The Self in Transition: Infancy to Childhood. Editado por D. Cicchetti y M. Beeghly. Chicago: The University of Chicago Press CNXPsych. (n.d.). Emotion and Motivation. En *Psychology*. ensayo, OSCRiceuniversity. tiene licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. John Murray de Gelder, B. (2006). Towards the neurobiology of emotional body language. *Nature Revie ws Neuroscience*, *7*, 242-249.

Dunsmore, J. C., Her, P., Halberstadt, A. G., and Perez-Rivera, M. B. (2009). Parents' beliefs about emotions and children's recognition of parents' emotions. *J. Nonverbal Behavior.* 33, 121–140. doi: 10.1007/s10919-008-0066-6

Davis, J. I., Senghas, A., & Ochsner, K. N. (2009). How does facial feedback modulate emotional experience? *Journal of Research in Personality, 43*, 822-829.

Denham, Susanne & Weissberg, Roger. (2004). Social-emotional learning in early childhood: What we know and where to go from here. A Blueprint for the Promotion of Prosocial Behavior in Early Childhood. 13-50.

Dunn, J., Bretherton, I., and Munn, P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Dev. Psychol.* 23, 132–139. doi: 10.1037/0012-1649.23.1.132

Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., and Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: individual differences and their antecedents. *Child Dev.* 62, 1352–1366. doi: 10.2307/1130811

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., and Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev.* 82, 405–432. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.

Eisenberg, N., Champion, C., & Ma, Y. (2004). Emotion-related regulation: An emerging construct. *Merrill-Palmer Quarterly, 50*(3), 236–259. https://doi.org/10.1353/mpq.2004.001

Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. Child Development, 75, 334-339.http://dx.doi.org/10.1111/j.1467- 8624.2004.00674.x

Eisenberg, Nancy. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. Annual review of psychology. 51. 665-97. 10.1146/annurev.psych.51.1.665.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Bernzweig, J., Karbon, M., Poulin, R., & Hanish, L. (1993). The Relations of Emotionality and Regulation to Preschoolers' Social Skills and Sociometric Status. *Child Development*, *64*(5), 1418-1438. https://doi.org/10.2307/1131543

Ekman, P., & Keltner, D. (1997). Universal facial expressions of emotion: An old controversy and new findings. En U. Segerstråle & P. Molnár (Eds.), *Nonverbal communication: Where nature meets culture* (pp. 27-46). Lawrence Erlbaum. Ekman, P., Sorenson, E. R., and Friesen, W. V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotion. *Science* 164, 86–88. doi: 10.1126/science.164.3875.86

Ekman, P., and Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *J. Pers. Soc. Psychol.* 17, 124–129. doi: 10.1037/h0030377

Ekman, P., Roper, G., and Hager, J. C. (1980). Deliberate facial movement. *Child Dev.* 51, 886–891. doi: 10.2307/1129478 Emotion and Motivation se comparte bajo una licencia CC BY 4.0 y fue escrita, combinada o seleccionada por OpenStax.

Emotion de OSCRiceUniversity tiene licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Eric. (n.d.). Emotional Intelligence at work de Daniel Goleman: Self-Master - Part 1 [web log]. Obtenido el 23 de enero de 2022, de https://wind4change.com/category/agi...stery-purpose/. Esta obra tiene licencia Creative Commons-non-commercial-ShareAlike 4.0.

Fabes, R., and others. 2001. “Preschoolers’ Spontaneous Emotion Vocabulary: Relations to Likability”, *Early Education & Development*, Vol. 12, No. 1, 11-27.

Femenía, T., Gómez-Galán, M., Lindskog, M., & Magara, S. (2012). Dysfunctional hippocampal activity affects emotion and cognition in mood disorders. *Brain Research, 1476*, 58–70.

Fernald, A. (1993). Approval and disapproval: Infant responsiveness to vocal affect in familiar and unfamiliar languages. *Child Development, 64*(3), 657–674. https://doi.org/10.2307/1131209

Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 365–376 https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365

Feinman, S. (Ed.). (1992). *Social referencing and the social construction of reality in infancy.* Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2462-9

Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist, 43*, 349–358 https://psycnet.apa.org/record/1988-28577-001 Fossati, P. (2012). Neural correlates of emotion processing: From emotional to social brain. *European Neuropsychopharmacology, 22*, S487–S491.

Fournier, J. C., Keener, M. T., Almeida, J., Kronhaus, D. M., & Phillips, M. L. (2013). Amygdala and whole-brain activity to emotional faces distinguishes major depressive disorder and bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. Publicación anticipada en línea. doi:10.1111/bdi.12106

Goldsmith, H. H., Bradshaw, D. L., & Rieser-Danner, L. A. (1986). Temperament as a potential developmental influence on attachment. New Directions for Child and Adolescent Development, 1986(31), 5–34. https://doi.org/10.1002/CD.23219863103

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (2001). *The scientist in the crib*. Nueva York, NY: HarperCollins.

Gosselin, P., Maassarani, R., Younger, A., and Perron, M. (2011). Children’s deliberate control of facial action units involved in sad and happy expressions. *J. Nonverbal Behavior.* 35, 225–242. doi: 10.1007/s10919-011-0110-9

Gulec, M. Y., Altintas, M., Inanc, L., Bezgin, C. H., Koca, E. K., and Gulec, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: the role of alexithymia. *J. Affect. Disord.* 146, 137–141. doi: 10.1016/j.jad.2012.06.03

Grossard C, Chaby L, Hun S, Pellerin H, Bourgeois J, Dapogny A, Ding H, Serret S, Foulon P, Chetouani M, Chen L, Bailly K, Grynszpan O and Cohen D (2018) Children Facial Expression Production: Influence of Age, Gender, Emotion Subtype, Elicitation Condition and Culture. *Front. Psychol.* 9:446. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00446 tiene licencia Creative Commons Attribution License (CC BY)..

Halberstadt, A. G., and Lozada, F. T. (2011). Emotional development in infancy through the lens of culture. *Emot. Rev.* 3, 158–168. doi: 10.1177/175407391038794

Havas, D. A., Glenberg, A. M., Gutowski, K. A., Lucarelli, M. J., & Davidson, R. J. (2010). Cosmetic use of botulinum toxin-A affects processing of emotional language. *Psychological Science*, *21*, 895–900.

Hart, S., & Carrington, H. (2002). Jealousy in 6-month-old infants. *Infancy, 3*(3), 395– 402. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0303_6

Harris, P., de Rosnay, M., and Pons, F. (2005). Language and children's understanding of mental states. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 14, 69–73. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00337.x

Hopp, H., Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). The unconscious pursuit of emotion regulation: Implications for psychological health. *Cognition and Emotion, 25,* 532–545. https://www.ocf.berkeley.edu/~eerlab/pdf/papers/2011_Hopp_unconscious_pursuit_of_emotion_regulation.pdf

Halberstadt, A. G., Denham, S. A., and Dunsmore, J. C. (2001). Affective social competence. *Soc. Dev.* 10, 79–119. doi: 10.1111/1467-9507.00150

Halberstadt, A. G., Parker, A. E., and Castro, V. L. (2013). "Nonverbal communication: development perspectives," en *Handbook of Communication Science*, ediciones J. A. Hall and M. L. Knapp (Berlín: Springer).

Hertenstein M. J., Campos J. J. The retention effects of an adult's emotional displays on infant behavior. Child Dev. (2004) Mar-Abr;75(2):595-613. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00695.x. PMID: 15056208

Housman, D.K. The importance of emotional competence and self-regulation from birth: a case for the evidence-based emotional cognitive social early learning approach. *ICEP* **11,** 13 (2017). Su artículo se distribuye bajo los términos de la licencia internacional Creative Commons Attribution 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Hwang, H. & Matsumoto, D. (2021). Functions of emotions. En R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology.* Champaign, IL: DEF publishers. Obtenido de http://noba.to/w64szjxu: Functions of Emotions de Hyisung Hwang y David Matsumoto tiene licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Los permisos que exceden el alcance de esta licencia pueden estar disponibles en nuestro Licensing Agreement.

Holodynski, M., and Friedlmeier, W. (2006). *Development of Emotions and Their Regulation: A Socioculturally Based Internalization Model*. Boston, MA: Kluwer Academic.

Izard, C. E., and Malatesta, C. Z. (1987). "Perspectives on emotional development I: differential emotions theory of early emotional development", en *The First Draft of This Paper was Based on an Invited Address to the Eastern Psychological Association.* Nueva York, NY: Wiley-Interscience.

Kaler, S. R., & Kopp, C. B. (1990). Compliance and comprehension in very young toddlers. *Child Development*, *61*(6), 1997–2003. https://doi.org/10.2307/1130853

Krisch, J. A. (27 de octubre de 2021). *Yes, that's me - but why is she wearing my shirt?* Fatherly. Obtenido el 22 de enero de 2022, de https://www.fatherly.com/health-scie...-mirror-tests/

Lally, J. R. (Ed.). (2011). Infant/toddler caregiving: A guide to social-emotional growth and socialization (2.a ed.). Sacramento, CA: California Department of Education.

Lavelli, M., & Fogel, A. (2005). Developmental Changes in the Relationship Between the Infant's Attention and Emotion During Early Face-to-Face Communication: The 2-Month Transition. *Developmental Psychology, 41*(1), 265–280. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.1.26

Lindquist, K. A., MacCormack, J. K., & Shablack, H. (2015). The role of language in emotion: predictions from psychological constructionism. *Frontiers in psychology*, *6*, 444. CC BY.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

Leslie, A. M. (1994). ToMM, ToBy, and agency: Core architecture and domain specificity in cognition and culture. En L. Hirschfeld y S. Gelman (Eds.), *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and* culture (pp. 119-148). Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Levenson, R. W., & Ruef, A. M. (1992). Empathy: A physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(2), 234–246. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.2.234

Lindquist, K. A., and Barrett, L. F. (2008b). "Emotional complexity", en *Handbook of Emotions*, 3.a ed., ediciones M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Nueva York: Guilford).

Matsumoto, D. Cultural similarities and differences in display rules. *Motiv Emot* **14,** 195–214 (1990). https://doi.org/10.1007/BF00995569

Matsumoto, D., Yoo, S. H., Nakagawa, S., & Multinational Study of Cultural Display Rules. (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(6), 925–937. https://doi.org/10.1037/0022- 3514.94.6.925

Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*, 146–167. https://www.ocf.berkeley.edu/~eerlab...Regulation.pdf

Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, *5*, 175–190. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15982083 Mauss, I. B., & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, *23*, 209–237. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756702/

Malatesta, C. Z., & Haviland, J. M. (1982). Learning display rules: The socialization of emotion expression in infancy. *Child Development*, *53*(4), 991–1003. https://doi.org/10.2307/1129139

Mauss, I. B., Cook, C. L., Cheng, J. Y. J., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in cognitive reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation. *International Journal of Psychophysiology*, *66*, 116–124. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17543404

McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J. D., & Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, *11*(2), 143–162. https://doi.org/10.1177/1368430207088035

Miguel-Hidalgo, J. J. (2013). Brain structural and functional changes in adolescents with psychiatric disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *25*, 245–256.

Messinger, Daniel & Fogel, Alan. (2007). The Interactive Development Of Social Smiling. Advances in child development and behavior. 35. 327-66. 10.1016/B978-0-12-009735-7.50014-1.

Meltzoff, A. N. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, *31*, 838-850.

National Research Council and Institute of Medicine. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.* Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Editado por J. P. Shonkoff y D. A. Phillips. Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academies Press.

National Research Council (US) Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Early Childhood Development and Learning: New Knowledge for Policy. Washington (DC): National Academies Press (EEUU); (2001). From Neurons to Neighborhoods, The Science of Early Childhood Development. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223297/

National Scientific Council on the Developing Child. Invierno de 2004. “Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains”, documento de trabajo no. 2. (Se consultó el 20 de diciembre de 2021).

Nook, E. C., Lindquist, K. A., & Zaki, J. (2015). A new look at emotion perception: Concepts speed and shape facial emotion recognition. *Emotion*, *15*(5), 569–578. https://doi.org/10.1037/a0039166

National Scientific Council on the Developing Child, Children's emotional development is built into the architecture of their brains. (2004), documento de trabajo no. 2.

Oster, H. (2005). The repertoire of infant facial expressions: an ontogenetic perspective. *Emot. Dev.* 261–292.

Papoušek, M. (2007). Communication in early infancy: An arena of intersubjective learning. *Infant Behavior & Development*, *30*(2), 258–266. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.02.003

Paris, J., Raymond, P., Ricardo, & Johnson. (4 de enero de 2021). Infant Emotions. College of the Canyons. https://socialsci.libretexts.org/@go/page/24626

Panksepp, J. 2001. The Long-Term Psychobiological Consequences of Infant Emotions: Prescriptions for the Twenty-First Century," *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22, No. 1–2, 132–73.

Qin, S., Young, C. B., Duan, X., Chen, T., Supekar, K., & Menon, V. (2013). Amygdala subregional structure and intrinsic functional connectivity predicts individual differences in anxiety during early childhood. *Biological Psychiatry.* Publicación anticipada en línea. doi:10.1016/j.biopsych.2013.10.006

Quann, V., and C. Wien. 2006. "The Visible Empathy of Infants and Toddlers," *Young Children*, Vol. 61, No. 4, 22–29.

Raineki, C., Cortés, M. R., Belnoue, L., & Sullivan, R. M. (2012). Effects of early-life abuse differ across development: Infant social behavior deficits are followed by adolescent depressive-like behaviors mediated by the amygdala. *The Journal of Neuroscience*, *32*, 7758–7765.

Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Consciousness and Cognition*, *12*(4), 717–731. https://doi.org/10.1016/s1053-8100(03)00081-3

Rochat, P. (2015). Layers of awareness in development. *Developmental Review*, *38*, 122–145. https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.009

Rothbart, M. K., Posner, M. I., & Kieras, J. (2006). Temperament, Attention, and the Development of Self-Regulation. En K. McCartney y D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 338–357). Blackwell

Publishing. https://doi.org/10.1002/9780470757703.ch17

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. En N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 99–166). John Wiley & Sons, Inc..

Raver, C. 2002. "Emotions Matter: Making the Case for the Role of Young Children's Emotional Development for Early School Readiness," *SRCD Social Policy Report*, Vol. 16, No. 3.

Russell, J. A., and Widen, S. C. (2002). A label superiority effect in children's categorization of facial expressions. *Soc. Dev.* 11, 30–52. doi: 10.1111/1467-9507.00185

Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K. V., Cowan, R., Miers, A. C., and Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the emotion awareness questionnaire for children. *Pers. Individ. Dif.* 43, 95–105. doi: 10.1016/j.paid.2006.11.015

Roseman, I. J., and Smith, C. A. (2001). Appraisal theory: Overview, assumptions, varieties, controversies. En K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*, (pp. 3–19). Oxford University Press.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality, 9*, 185–211.

Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology, 21*(1), 195–200. https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.195

Self-Regulation and Self-Efficacy. (16 de agosto de 2020). Lansing Commnunity College. https://socialsci.libretexts.org/@go/page/12295

Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. En N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 226–299). John Wiley & Sons, Inc..

Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Nueva York: Guilford

Shonkoff, J. P. 2004. *Science, Policy and the Developing Child: Closing the Gap Between What We Know and What We Do*. Washington, DC: Ounce of Prevention Fund. http://www.ounceofprevention.org/dow...honkoffweb.pdf (se consultó el 7 de diciembre de 2006). Nota: La dirección web anterior ya no es válida.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional Development.* Nueva York, NY: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511527661 Soussignan, R. (2002). Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test of the facial feedback hypothesis. *Emotion, 2*, 52–74. https://psycnet.apa.org/record/2002-18343-004

Stangor, C. and Walinga, J. (2014). *Introduction to Psychology – 1st Canadian Edition.* Victoria, B.C: BCcampus. Obtenido de Introduction to Psychology – 1st Canadian Edition – The BC Open Textbook Project (opentextbc.ca) tiene licencia CC BY- NC-SA 4.0 Licence.

Sullivan, M. W., and Lewis, M. (2003). Emotional expressions of young infants and children: a practitioner's primer. *Infants Young Child.* 16, 120–142. doi: 10.1097/00001163-200304000-00005

Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depression. *Emotion, 10*, 783–795. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278301/

Tamietto, M., Castelli, L., Vighetti, S., Perozzo, P., Geminiani, G.,

Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot: Emotion regulation in toddlers. En C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations* (pp. 320–341). The Guilford Press.

Thompson, R. (2021). Social and personality development in childhood. En R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology.* Champaign, IL: DEF publishers. Obtenido de http://noba.to/gdqm6zvc con licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

Thompson, R. A. (2006b). The development of the person: Social understanding, relationships, self, conscience. En W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6.a ed., pp. 24–98). Nueva York, NY: Wiley.

Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2005). The Individual Child: Temperament, Emotion, Self, and Personality. En M. H. Bornstein y M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (pp. 391–428). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*(2), 112–119. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.11

Tsai, J.; R. Levenson; and K. McCoy. 2006. “Cultural and Temperamental Variation in Emotional Response,” *Emotion*, Vol. 6, No. 3, 484–97.

Tsai, J.; B. Knutson; and H. Fung. 2006. “Cultural Variation in Affect Valuation,” *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 90, No. 2, 288–307.

Tsai, J., and others. 2007. “Learning What Feelings to Desire: Socialization of Ideal Affect Through Children's Storybooks”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 33, No. 1, 17–30.

Tominaga, T., Choi, H., Nagoshi, Y., Wada, Y., and Fukui, K. (2014). Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 10, 55–62. doi: 10.2147/NDT.S55956

Understand and empathise. (17 de enero de 2021). https://socialsci.libretexts.org/@go/page/85573 tiene licencia CC BY-SA Vygotsky, L. S. (1986). Thought and language. Cambridge, MA: MIT Press.

Weiskrantz, L., & de Gelder, B. (2009). Unseen facial and bodily expressions trigger fast emotional reactions. *Proceedings of the National Academy of Sciences,USA, 106*, 17661–17666.

Wellman, H. M. (2011). Developing a theory of mind. En U. Goswami (Ed.), *Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2. a ed., pp.258–284). Nueva York, NY: Wiley-Blackwell

Widen, S. C., and Russell, J. A. (2008). Children acquire emotion categories gradually. *Cogn. Dev.* 23, 291–312. doi: 10.1016/j.cogdev.2008.01.002

Widen, S. C. (2013). Children's interpretation of facial expressions: the long path from valence-based to specific discrete categories. *Emot. Rev. 5* , 72–77. doi: 10.1177/1754073912451492

Winsler A, Carlton MP, Barry MJ. Age-related changes in preschool children's systematic use of private speech in a natural setting. J Child Lang. 2000 Oct;27(3):665-87. doi: 10.1017/s0305000900004402. PMID: 11089343.

Yehuda, N. (2005). The language of dissociation. *J. Trauma Dissociation* 6, 9–29. doi: 10.1300/J229v06n01_02 Child Growth and Development de Jean Zaar tiene licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion, 14*(2), 107–130. https://doi.org/10.1007/BF0099163

Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental psychology*, *28*(1), 126.

15.21: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

16: Desarrollo social

16.1: Introducción
16.2: ¿Qué es el desarrollo social?
16.3: Teorías del desarrollo social
16.4: Visión general de la teoría del aprendizaje cognitivo social
16.5: Los primeros meses del desarrollo social
16.6: Relaciones
16.7: Desarrollo social a través del juego
16.8: Conclusión
16.9: Referencias

16: Desarrollo social is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.1: Introducción

Introducción al desarrollo social

“¿Cómo he llegado a ser el tipo de persona que soy hoy?” Todos los adultos se plantean esta pregunta de vez en cuando. Las respuestas pueden incluir las influencias de los padres, los pares, el temperamento, una brújula moral, un fuerte sentido de sí mismo y experiencias críticas de vida como el divorcio de los padres. El desarrollo social abarca muchas influencias y aborda cuestiones sobre cómo se desarrollan las personas de forma única. ¿El ser humano es producto de la naturaleza o de la crianza? ¿Cuán duraderas son las influencias de las primeras experiencias? El desarrollo social se refiere a los cambios a largo plazo en las relaciones e interacciones que lo involucran a uno mismo, a sus pares y a la familia. Incluye cambios positivos, como el desarrollo de las amistades, y negativos, como la agresión o el acoso. El estudio del desarrollo social ofrece una perspectiva sobre estas y otras cuestiones, lo cual demuestra la complejidad de los efectos externos sobre los bebés y niños pequeños en desarrollo. [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Thompson, P. (2019). Foundations of Educational Technology se comparte bajo una licencia CC BY

16.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.2: ¿Qué es el desarrollo social?

Definición del desarrollo social

En la infancia, el desarrollo social surge a través de las influencias sociales, la maduración biológica y las representaciones que tiene el niño del mundo social y del yo. Para entender el desarrollo social es necesario observar a los niños desde tres perspectivas que interactúan para darle forma al desarrollo. La primera es el contexto social en el que vive cada niño, especialmente las relaciones que le proporcionan seguridad, orientación y conocimiento. La segunda es la maduración biológica, que incluye el desarrollo de las competencias sociales y emocionales, y las diferencias subyacentes del temperamento individual. La tercera es la creciente representación del niño de quién es y del mundo social que lo rodea. La mejor manera de entender el desarrollo social es como la interacción continua entre estos aspectos sociales, biológicos y de representación del desarrollo psicológico.[1]



Figura 16.2.1: El desarrollo social es una parte importante de la formación de las relaciones con los pares. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Thompson, R. (2022). Social and personality development in childhood se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA

[2] Imagen de @pixabay es de dominio público

16.2: ¿Qué es el desarrollo social? is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.3: Teorías del desarrollo social

Erikson y la teoría psicosocial

Una de las teorías más conocidas del desarrollo social es la de las ocho crisis psicosociales descrita por Erik Erikson. [1] Erik Erikson (1902-1994) creía que sabemos lo que nos motiva a lo largo de la vida. Tomamos decisiones conscientes en la vida, centrándonos en satisfacer determinadas necesidades sociales y culturales más que las puramente biológicas. Por ejemplo, a los seres humanos nos mueve la necesidad de experimentar el mundo como un lugar digno de confianza, sentir que somos individuos capaces, creer que podemos contribuir a la sociedad y tener confianza en haber vivido una vida con sentido. Todos estos son problemas psicosociales. Erikson dividió la vida en ocho crisis, que suelen llamarse etapas. Cada etapa o crisis consiste en tareas psicosociales que se deben llevar a cabo. Erikson creía que la personalidad de un individuo se va formando a lo largo de su vida frente a los retos que se presentan. Según Erikson, el desarrollo exitoso implica afrontar y resolver positivamente los objetivos y las demandas de cada crisis. Si una persona no resuelve una crisis con éxito, esto puede dificultar su capacidad para afrontar crisis posteriores.

Etapas psicosociales

1. Confianza frente a desconfianza (de 0 a 1 año): el bebé debe ver satisfechas sus necesidades básicas de forma constante para sentir que el mundo es un lugar de confianza.
2. Autonomía frente a vergüenza y duda (de 1 a 2 años): los niños pequeños con movilidad tienen una libertad que recién descubren, y que les gusta ejercer, y aprenden una independencia esencial al permitírselo.
3. Iniciativa frente a culpa (de 3 a 5 años): a los niños de preescolar les gusta iniciar actividades y hacen hincapié en hacer las cosas “yo solo”.
4. Laboriosidad frente a inferioridad (de 6 a 11 años): los niños en edad escolar se centran en los logros y empiezan a hacer comparaciones entre ellos y sus compañeros.
5. Identidad frente a confusión de roles (adolescencia): los adolescentes intentan obtener un sentido de identidad experimentando con varios roles, creencias e ideas.
6. Intimidad frente a aislamiento (adultez temprana): a nuestros 20 y 30 años, asumimos algunos de nuestros primeros compromisos a largo plazo en relaciones íntimas.
7. Generatividad frente a estancamiento (edad adulta media): de los 40 a los primeros 60 años, nos centramos en ser productivos en el trabajo y en casa, y nos motiva sentir que hemos contribuido a la sociedad.
8. Integridad frente a desesperación (adultez tardía): miramos hacia atrás en nuestra vida y esperamos ver que hemos vivido bien y tenemos un sentido de integridad porque hemos vivido de acuerdo con nuestras creencias.

Las tres primeras etapas constituyen una base para los debates sobre el desarrollo emocional y social a lo largo de la vida. Estas etapas o crisis pueden producirse más de una vez: por ejemplo, una persona puede luchar contra la falta de confianza más allá de la infancia en determinadas circunstancias.

Crisis de bebés y preescolares: Confianza, autonomía e iniciativa

Desde el día en que nacen, los bebés se enfrentan a una crisis (en el paradigma de Erikson) sobre la confianza y la desconfianza. Son más felices si pueden comer, dormir y excretar según sus horarios, independientemente de que sus horarios sean convenientes para su cuidador. Lamentablemente, un bebé pequeño no está en condiciones de controlar o influir en las necesidades de programación de su cuidador, por lo que se enfrenta a un dilema sobre cuánto confiar o desconfiar de la buena voluntad del cuidador. Es como si el bebé preguntara: “Si ahora exijo comida (o dormir, o un pañal limpio, etc.), ¿podrá mi cuidador ayudarme a satisfacer esta necesidad?”. Con suerte, entre los dos, el cuidador y el niño resuelvan esta elección a favor de la confianza del bebé: el cuidador demuestra ser adecuado en cuanto a la atención, y el bebé se arriesga a confiar en la motivación y la habilidad del cuidador.[1]

Los cuidadores que responden de forma consistente y adecuada y son sensibles a las necesidades de su bebé lo ayudan a desarrollar un sentimiento de confianza, ya que el bebé verá el mundo como un lugar seguro y predecible. Los cuidadores que no responden al llamado del bebé o que son inconsistentes y no satisfacen las necesidades del niño pueden provocar sentimientos de ansiedad, miedo y desconfianza, ya que el bebé puede ver el mundo como un lugar impredecible e inseguro. Si los bebés son tratados con crueldad o no se satisfacen sus necesidades adecuadamente, es probable que crezcan con un sentimiento de desconfianza hacia las personas que habitan el mundo.[2]

Tan pronto como se resuelve la primera crisis, se desarrolla una nueva sobre la autonomía y la vergüenza. El niño (ahora un niño pequeño) puede confiar en su cuidador, pero su confianza contribuye al deseo de afirmar su autonomía ocupándose de las necesidades personales básicas, como alimentarse, ir al baño o vestirse. En esta etapa del desarrollo, a menudo oirá a los niños pequeños decir cosas como “yo lo hago” mientras ejercen su autonomía. Dada la falta de experiencia del niño en estas actividades, el autocuidado es arriesgado al principio: el niño pequeño puede alimentarse (o ir al baño, vestirse solo, etc.) de forma torpe e ineficaz.

El cuidador del niño corre el riesgo de sobreprotegerlo al criticar innecesariamente sus primeros esfuerzos, haciendo que el niño sienta vergüenza incluso por intentarlo. [1] Erikson creía que debía permitirse a los niños pequeños explorar su entorno con tanta libertad como la seguridad lo permita, fomentando su comprensión de la independencia que más tarde aumentará su autoestima, su iniciativa y la confianza general. Si se les niega la oportunidad de actuar en su entorno (dentro de las medidas apropiadas para su desarrollo), los niños pequeños pueden empezar a dudar de sus capacidades, lo que deriva en una autoestima baja y sentimientos de vergüenza (Berger, 2005). Con suerte, la nueva crisis se resuelva a favor de la autonomía mediante los esfuerzos combinados del niño para afirmar su independencia y del cuidador para apoyarlo.

Alrededor de la edad preescolar (de 3 a -5 años), la autonomía ejercida durante el periodo anterior se vuelve más elaborada, extendida y centrada en objetos y personas distintas del niño. El niño en un centro de educación temprana, por ejemplo, puede emprender ahora la construcción de la “ciudad más grande del mundo” con todos los bloques disponibles, incluso si otros niños quieran algunos de los bloques para ellos. Los proyectos y deseos del niño crean una nueva crisis de iniciativa y culpa, ya que pronto se da cuenta de que actuar según los impulsos o los deseos a veces puede afectar negativamente a los demás, por ejemplo, más bloques para un niño puede significar menos para otro. Al igual que en el caso de la crisis de autonomía, los cuidadores deben apoyar las iniciativas del niño siempre que sea posible, sin hacerle sentir culpable por desear tener o hacer algo que afecta al bienestar de los demás. Mediante la limitación del comportamiento cuando sea necesario, pero sin limitar los sentimientos internos, los cuidadores demuestran su apoyo a esta nueva capacidad de tomar la iniciativa. Expresado en términos de Erikson, la crisis se resuelve a favor de la iniciativa.[1]

Críticas a la teoría de Erickson

Las críticas a la teoría de Erikson provienen de su enfoque en las etapas y de su suposición de que completar una etapa es un prerrequisito para la siguiente crisis de desarrollo (Marcia, 1980). Su teoría también se centra en las expectativas sociales que se presentan en ciertas culturas, pero no en todas. Por ejemplo, la idea de que la adolescencia es una época de búsqueda de la identidad podría traducirse bien en la cultura de clase media de Estados Unidos, pero no del mismo modo en culturas en las que la transición a la edad adulta coincide con la pubertad a través de ritos de paso y en las que los roles de los adultos ofrecen menos opciones.[2]

Referencias

[1] Thompson, P. (2019). Foundations of Educational Technology se comparte bajo una licencia CC BY

[2] Child Abuse, Neglect, and Foster Care se comparte bajo una licencia no declarada y fue escrito, combinado o conservado por Diana Lang

16.3: Teorías del desarrollo social is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.4: Visión general de la teoría del aprendizaje cognitivo social

Teoría del aprendizaje cognitivo social

La teoría del aprendizaje social, o aprendizaje por observación de los demás, fue desarrollada por Albert Bandura (1977). La teoría del aprendizaje social sostiene que parte de la adquisición de conocimientos de un individuo puede estar directamente relacionada con la observación de los demás en el contexto de las interacciones sociales, las experiencias y las influencias de los medios de comunicación externos. Los niños pequeños suelen aprender comportamientos por imitación, es decir, aprenden modelando o copiando el comportamiento de otros, especialmente cuando no saben qué más hacer.[1] Esto se denomina aprendizaje por observación. Bandura teorizó que el proceso de aprendizaje por observación consta de cuatro partes. La primera es la atención. Para aprender, hay que prestar atención a lo que se observa. La segunda parte es la retención: hay que retener el comportamiento observado en la memoria. La tercera parte del aprendizaje por observación, la iniciación, reconoce que el alumno debe ser capaz de ejecutar o iniciar el comportamiento aprendido. Por último, el observador debe estar motivado para participar en el aprendizaje por observación (Bouton & Lang, 1960). La teoría de Bandura afirma que, cuando las personas observan un modelo realizando un comportamiento y experimentando sus consecuencias, recuerdan la secuencia de eventos y utilizan esta información para guiar comportamientos posteriores. Ver un modelo también puede incitar al espectador a realizar una conducta previamente aprendida (Bandura, 1986, 2002).[2]



Figura 16.4.1: Modelar el comportamiento es una parte del desarrollo social. ([3])

¿Los padres socializan a los hijos o los hijos a los padres?

Bandura (1986) sugiere una interacción entre el entorno y el individuo. Las personas no son simplemente el producto de su entorno, sino que influyen en él. También hay una interacción entre las personalidades y la interpretación de los acontecimientos. Este concepto se llama determinismo recíproco. Un ejemplo de ello podría ser la interacción entre padres e hijos. Los padres influyen en el entorno de sus hijos, y los hijos también influyen en el de los padres. Los padres pueden responder de forma diferente con su primer hijo que con el cuarto. Tal vez intenten ser los padres perfectos con su primogénito, pero cuando llega su último hijo, tienen expectativas muy diferentes de sí mismos y de su hijo. Nuestro entorno nos crea, y nosotros hacemos nuestro entorno.[4]

Crítica a la teoría social cognitiva

Una de las principales críticas a la teoría cognitiva social es que carece de unificación, ya que los diferentes aspectos de la teoría parecen estar desconectados. Además, la teoría es tan amplia que no se comprenden del todo todas sus partes ni se integran en una única explicación del aprendizaje. Es limitada porque no todo el aprendizaje social puede observarse directamente y no tiene en cuenta la maduración. No se diferencia cómo aprende un niño mediante la observación y cómo lo hace un adulto mediante la observación, y tampoco se reconocen los factores de desarrollo.[2]

Referencias

[1] Contemporary Theories on Development se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA y fue escrito, combinado o conservado por Martha Lally & Suzanne Valentine-French

[2] Zhou, Molly and Brown, David, “Educational Learning Theories: 2nd Edition” (2015). Education Open Textbooks. CC BY-NC-SA

16.4: Visión general de la teoría del aprendizaje cognitivo social is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.5: Los primeros meses del desarrollo social

Desarrollo social temprano

Los bebés pequeños buscan relacionarse. Exploran activamente lo que pueden hacer con su cuerpo, las personas cercanas y el entorno. No son recipientes vacíos a la espera de ser llenados con información, sino "participantes activos en su desarrollo, que reflejan el impulso humano intrínseco de explorar y dominar el propio entorno" (National Research Council and Institute of Medicine, 2000 Core Concepts of Development). Como se ve en la Figura 16.5.1, su participación activa en el mundo social y físico va de la mano de la atención que reciben de los adultos, especialmente cuando estos les responden.



Figura 16.5.1: El compromiso activo con el entorno ayuda al desarrollo social. ([1])

Los bebés se desarrollan rápidamente ampliando sus capacidades en todos los ámbitos y creando formas más complejas de relacionarse con las personas y las cosas. Envían mensajes a los adultos de diversas maneras y esperan respuestas de los adultos. Por ejemplo, cuando miran las caras de los adultos, los bebés pueden ver las pupilas dilatadas, un signo común de interés y placer, y, en respuesta, sonríen más (Hess, 1975). Los niños de 3 a 4 meses muestran un comportamiento socioemocional muy diferenciado. A los 3 meses, los bebés aprenden a modificar las respuestas que les dan a los adultos en función de cómo estos les responden: los bebés aumentan las vocalizaciones cuando los adultos reconocen estas vocalizaciones con una sonrisa, una respuesta vocal o un ligero toque. El interés de los demás estimula el interés del niño (Crick, 1984). [2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Rebekah Creasy se comparte bajo una licencia CC: BY-NC

[2] California Infant/Toddler Learning and Development Foundations, 2009 por el Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

16.5: Los primeros meses del desarrollo social is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.6: Relaciones

Relaciones y desarrollo social

Las experiencias de los niños en materia de relaciones contribuyen a ampliar su repertorio de habilidades sociales y su comprensión social. En estas relaciones, los niños desarrollan expectativas sobre determinadas personas (por ejemplo, experiencias que derivan en un apego seguro o inseguro a los padres), adquieren conocimientos sobre cómo interactuar con los adultos y los pares, y crean un autoconcepto basado en la forma en que los demás les responden. [1] Las relaciones con los padres, otros miembros de la familia y los cuidadores proporcionan un contexto crítico para el desarrollo social de los bebés. Los padres y los cuidadores son los primeros interlocutores sociales en la vida del bebé, y la calidad de esta relación temprana entre el cuidador y el bebé se ha relacionado con muchos resultados positivos diferentes. El establecimiento de relaciones estrechas con los adultos está relacionado con la seguridad emocional de los niños, el sentido de sí mismos y la comprensión evolutiva del mundo que los rodea. Las interacciones con los adultos son una parte frecuente y regular de la vida diaria de los bebés, y los bebés de tan solo 3 meses de edad han demostrado la capacidad de discriminar entre las caras de adultos desconocidos (Barrera & Maurer, 1981). A los 4 meses de edad, el poder del niño en las relaciones, junto con el impacto de estas, es evidente. Los bebés se vuelven más hábiles en la lectura del comportamiento de los demás y en la adaptación de su propio comportamiento. También adquieren habilidades para ser más atractivos y eficaces socialmente. Los niños de 4 meses envían mensajes claros, se calman con anticipación cuando alguien se les acerca a atenderlos, buscan la atención de los adultos con sonrisas y risas, participan en una interacción prolongada con los demás y realizan imitaciones sociales sencillas.[2]

Las relaciones estrechas con los adultos que proporcionan un cuidado constante refuerzan la capacidad de aprendizaje y desarrollo del niño. Estas relaciones especiales influyen en el sentido emergente del yo del niño y en su comprensión de los demás. Los bebés utilizan las relaciones con los adultos de muchas maneras: para asegurarse de que están a salvo, para que los ayuden a aliviar la angustia, para que los ayuden a regular las emociones y para que les den aprobación social o aliento. Estas relaciones desempeñan un papel crucial en el desarrollo en todos los ámbitos. Por ejemplo, las respuestas de los padres a las vocalizaciones del bebé apoyan el desarrollo del lenguaje (véase Tamis-LeMonda et al., 2014 para revisar el tema) y compartir la mirada directa entre un padre y un bebé promueve las conexiones y la comunicación (Leong et al., 2017).[3]

Comprensión social

Sorprendentemente, los niños pequeños empiezan a desarrollar la comprensión social muy temprano en la vida. Antes de cumplir el primer año, los bebés son conscientes de que otras personas tienen percepciones, sentimientos y otros estados mentales que afectan su comportamiento y que difieren de sus propios estados mentales.[1]

Los niños comienzan a comprender las respuestas, la comunicación, la expresión emocional y las acciones de otras personas durante sus primeros años de vida y su niñez. Estos desarrollos incluyen la comprensión por parte del bebé de qué esperar de los demás, cómo actuar y qué guiones sociales se utilizan para determinadas situaciones sociales. Investigaciones recientes sugieren que la comprensión social de los bebés y los niños pequeños está relacionada con la frecuencia con la que experimentan la comunicación de los adultos sobre los pensamientos y las emociones de los demás (Taumoepeau & Ruffman, 2008).[2]

“A cada edad, la comprensión cognitiva social contribuye a la competencia social, la sensibilidad interpersonal y la conciencia de cómo el yo se relaciona con otros individuos y grupos en un mundo social complejo” (Thompson, 2006, pág.26). Incluso en la primera infancia, la comprensión social es fundamental debido a la naturaleza social de los seres humanos (Wellman & Lagattuta, 2000).[2]

Cómo responder a las señales de los bebés como parte del desarrollo social mediante la atención compartida y la referencia social

Los seres humanos pueden comprometerse activamente con los estados mentales de otras personas, como cuando entran en situaciones de atención compartida (Malle, 2022). La atención compartida se describe como la capacidad de coordinar la atención visual con otra persona y luego desplazar la mirada hacia un objeto o acontecimiento (Mundy, 1998); no requiere que el que mira sea consciente de la reacción del seguidor (Emery, 2000). La definición parece más complicada de lo que es. Si señala un objeto cerca de un niño de 3 años, fíjese en cómo ambos lo exploran, asegurándose de que estén interaccionando *conjuntamente* con el objeto. Este compromiso compartido es fundamental para que los niños aprendan el significado de los objetos: tanto su valor (¿es seguro y gratificante acercarse?) como las palabras que se refieren a ellos (¿cómo se llama esto?). Cuando sostengo mi teclado y se lo muestro, le estamos prestando atención conjuntamente, y si digo que se llama “Tastatur” en alemán, sabe que me refiero al teclado y no a la mesa sobre la que estaba apoyado.[4]

La bibliografía presenta dos componentes principales de la atención compartida: (1) respuesta a la atención compartida e (2) iniciación de la atención compartida.

Responder a la atención compartida es la capacidad de cambiar la atención visual siguiendo las señales sociales de otra persona, como la mirada o el señalamiento, mientras que la iniciación de la atención compartida es la capacidad de dirigir la atención de otra persona mediante la mirada o los gestos con el objetivo de compartir una experiencia (Seibert & Mundy, 1982).

La respuesta a la atención compartida y la iniciación de la atención compartida se consideran aspectos interrelacionados de la atención compartida, que surgen en diferentes momentos del desarrollo (Mundy et al., 2007). La respuesta a la atención compartida suele desarrollarse entre los 6 y los 9 meses de edad, mientras que la iniciación de la atención compartida comienza aproximadamente a los 9 meses de edad, con una variabilidad significativa entre los individuos.[5]



Figura 16.6.1: Ejemplo de atención compartida cuando un hombre y un bebé miran el mismo objeto. ([11])

Referencia social

Los niños pequeños empiezan a desarrollar la comprensión social desde muy temprano en la vida. Antes de cumplir el primer año, el bebé es consciente de que otras personas tienen percepciones, sentimientos y diferentes estados mentales que afectan su comportamiento.[1] La comprensión de que otros estados mentales difieren de los del propio bebé puede observarse fácilmente en el fenómeno de la referencia social. [1] La referencia social es la tendencia de un bebé a recabar información de un cuidador para regular su comportamiento en una situación ambigua (en la que el bebé no tiene suficiente información para decidir cómo reaccionar) (Fawcett & Liszkowski, 2015; Schieler et al., 2018; Stenberg, 2009; Striano et al., 2006; Walden y Kim, 2005; Zarbatany y Lamb, 1985). La referencia social surge alrededor de los 7 a 10 meses de edad y constituye una base para el aprendizaje social y la valoración social en la edad adulta (Walle et al., 2017).[1]

En la referencia social, un bebé mira la cara de un cuidador de confianza cuando se enfrenta a una persona o situación desconocida (Feinman, 1992). Si el cuidador se muestra tranquilo y transmite seguridad, el bebé responde positivamente como si la situación fuera segura. Si el cuidador se muestra temeroso o angustiado, es probable que el bebé reaccione con recelo o angustia porque la expresión del cuidador indica peligro. Los bebés muestran una perspicacia y una conciencia notables: aunque no tengan certeza sobre la situación desconocida, el cuidador sí la tiene. Al “leer” la emoción en la cara del cuidador, los bebés pueden aprender si la circunstancia es segura o peligrosa, y cómo responder. [1]

En el pasado, los científicos del desarrollo creían que los bebés eran egocéntricos, es decir, que se centraban en sus percepciones y experiencias, pero ahora las investigaciones indican lo contrario. Desde una edad temprana, los bebés son conscientes de que las personas tienen diferentes estados mentales, lo que los motiva a averiguar lo que otros sienten, pretenden, quieren y piensan, y cómo estos estados mentales afectan su comportamiento. Los bebés están empezando a desarrollar una teoría de la mente, y aunque su comprensión de los estados mentales comienza de forma muy simple, se expande rápidamente (Wellman, 2011) La comprensión social crece significativamente a medida que se desarrolla la teoría de la mente de los niños.[1]

¿Cómo se producen estos logros en la comprensión social? Los niños pequeños son observadores sumamente sensibles de otras personas. Hacen conexiones entre sus expresiones emocionales, sus palabras y su comportamiento para derivar inferencias simples sobre los estados mentales (por ejemplo, concluir que lo que mamá está mirando está en su mente) (Gopnik, Meltzoff & Kuhl,

2001). Esta conexión es especialmente probable que se produzca en las relaciones con personas que el niño conoce bien, de acuerdo con las ideas de la teoría del apego. Las crecientes habilidades lingüísticas proporcionan a los niños pequeños palabras con las que representar estos estados mentales (por ejemplo, “enojado”, “quiere”) y hablar de ellos con los demás. A través de las conversaciones con sus cuidadores sobre las experiencias cotidianas, los niños aprenden mucho sobre los estados mentales de las personas por la forma en que los adultos hablan de ellos (“Tu hermana estaba triste porque pensaba que papá iba a volver a casa”). (Thompson, 2006). El desarrollo de la comprensión social depende en gran medida de las interacciones cotidianas de los niños con los demás y de sus interpretaciones cuidadosas de lo que ven y oyen.[1]

Alteraciones en las relaciones entre el bebé y el cuidador: Depresión materna y desarrollo social del bebé y del niño pequeño

Los bebés participan repetidamente en rutinas diarias e interactivas con sus cuidadores principales, que suelen ser sus madres. Un bebé suele estar en sintonía con las señales emocionales de la voz, los gestos, los movimientos y las expresiones faciales de sus cuidadores. La depresión materna compromete la capacidad del bebé y de la madre para regular mutuamente la interacción. Lo más habitual es que la depresión afecte la relación a través de dos patrones interactivos observados en las madres deprimidas:

la intrusividad o el retraimiento. Las madres intrusivas muestran un afecto negativo y perturban la actividad del bebé. El bebé experimenta ira, se aleja de la madre para limitar su intrusión e interioriza un estilo de afrontamiento de enfado y protección. Las madres retraídas se desentienden, no responden, son neutras afectivamente y hacen poco para apoyar la actividad del bebé. Los bebés no pueden afrontar o autorregular este estado negativo y desarrollan pasividad, retraimiento y conductas de autorregulación (por ejemplo, mirar hacia otro lado o chuparse el dedo) (Hart et al., 1998; Tronick, 1989).

Los bebés y los niños pequeños de madres deprimidas pueden desarrollar graves trastornos emocionales, como la depresión infantil y los trastornos de apego (Luby, 2000). Los trastornos mentales tempranos pueden reflejarse en un retraso en el desarrollo, llanto inconsolable o problemas de sueño. Los niños mayores pueden mostrar un comportamiento agresivo o impulsivo. En los entornos de cuidado y educación infantil, los niños con problemas sociales y emocionales suelen tener dificultades para relacionarse con los demás, confiar en los adultos, estar motivados para aprender y calmarse para sintonizar con la enseñanza, todas ellas habilidades necesarias para beneficiarse de las experiencias educativas tempranas. Los estudios revelan los efectos duraderos de la depresión materna. Los hijos mayores de madres deprimidas durante la infancia muestran poca capacidad de autocontrol, agresividad, malas relaciones con los pares y dificultades en la escuela (Embry & Dawson, 2002). Estos problemas aumentan la probabilidad de que el niño reciba educación especial, se retrase y deba repetir un curso o abandone la escuela. Cada uno de estos problemas puede impedir que el niño alcance un desarrollo óptimo, lo que supone la pérdida de oportunidades de éxito a lo largo de su vida y un mayor coste para la sociedad (Onunaku, 2005).

Cuando las relaciones causan daños: abuso y negligencia

Es difícil saber cuántos abusos infantiles se producen. Los bebés no pueden hablar y los niños pequeños y aquellos de más edad que sufren abusos no suelen contárselo a nadie. Quizás no lo definan como abuso, tengan miedo de contárselo a un adulto de confianza, se culpen a sí mismos por haber sido abusados o no sepan con quién podrían hablar de su abuso. Sea cual sea el motivo, los niños suelen guardar silencio, lo que dificulta mucho saber cuántos abusos se producen. Las estadísticas actualizadas sobre los diferentes tipos de abuso infantil en Estados Unidos pueden encontrarse en el sitio web de la Oficina de Niños de EE. UU. U.S. Children's Bureau[7]

Todos los tipos de abuso son cuestiones complejas, especialmente si ocurren dentro de las familias. Hay muchas razones por las que las personas pueden convertirse en abusadores. La pobreza, el estrés y el abuso de sustancias son características comunes que comparten los abusadores, aunque el abuso puede darse en cualquier familia.

Los niños que experimentan cualquier tipo de abuso pueden actuar o responder de maneras poco saludables; por ejemplo, actos de autodestrucción, retraimiento, agresividad o problemas de depresión, ansiedad y rendimiento académico. Los investigadores han descubierto que los cerebros de los niños que han sufrido abuso pueden producir niveles más altos de hormonas del estrés. Estas hormonas pueden provocar una disminución del desarrollo del cerebro, una reducción de los umbrales de estrés, una supresión de las respuestas inmunitarias y dificultades de aprendizaje y memoria durante toda la vida (Middlebrooks & Audage, 2008).

Los niños que han sufrido abuso tienen muchas más probabilidades que aquellos que nunca lo padecieron de acabar con problemas de desarrollo, psicológicos y de comportamiento a lo largo de su vida.[8]

Los niños que sufren abuso o negligencia corren el riesgo de desarrollar problemas sociales, emocionales y de salud a lo largo de toda su vida, sobre todo si son abandonados antes de los dos años. Sin embargo, es esencial tener en cuenta que no todos los niños

que han sido víctimas de abuso y negligencia sufrirán las mismas consecuencias. Hay muchas maneras de fomentar un cuidado estable, permanente, seguro, nutritivo y cariñoso para los niños afectados por experiencias adversas en la infancia.

Atención informada sobre el trauma

Las experiencias traumáticas pueden alterar significativamente la percepción que una persona tiene de sí misma, de su entorno y de las personas que la rodean. A medida que se acumulan las experiencias traumáticas, las respuestas se vuelven más intensas y tienen un mayor impacto en el funcionamiento. La exposición continua al estrés traumático puede afectar todos los ámbitos de la vida de las personas, incluido el funcionamiento biológico, cognitivo y emocional, así como las interacciones sociales, las relaciones y la formación de la identidad. Dado que las personas que han sufrido múltiples traumas no se relacionan con el mundo de la misma manera que las que no han tenido estas experiencias, las primeras requieren servicios y respuestas que sean sensibles a sus experiencias y necesidades únicas.[9]



Figura 16.6.2: Dos adultos sostiene y consuelan a un bebé ([12])

Las tensiones tóxicas, como el abuso y la negligencia, están fuertemente vinculadas a una mala salud a lo largo de la vida, y la atención informada sobre el trauma es un enfoque para el cuidado basado en estos efectos. Los cuidadores en la atención informada sobre el trauma se esfuerzan por comprender el comportamiento de los niños en el contexto de los traumas previos que han experimentado. La atención sobre el trauma para los bebés y los niños pequeños comienza por reconocer primero la prevalencia y el impacto potencial que pueden tener estas tensiones durante los primeros tres años. Los cuidadores también proporcionan cuidados de apoyo, aumentando los sentimientos de seguridad y protección de los niños, para evitar que vuelvan a traumatizarse en una situación actual que posiblemente supere sus habilidades de afrontamiento.[10]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Thompson, R. (2022). Social and personality development in childhood se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA

[2] California Infant/Toddler Learning and Development Foundations, 2009 por el Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

[3] **Zosh J.M. et. al., (2018)** Accessing the Inaccessible: Redefining Play as a Spectrum Se comparte bajo una licencia (CC BY)

[4] Malle, B. (2022). Theory of mind. Se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA

[5] *Billeci, L., Narzisi, A., Campatelli, G. et al. Disentangling the initiation from the response in joint attention: an eye-tracking study in toddlers with autism spectrum disorders. Se comparte bajo una licencia CC BY*

[6] Ehli S, Wolf J, Newen A, Schneider S y Voigt B (2020) Determining the Function of Social Referencing: The Role of Familiarity and Situational Threat. (CC BY).

[7] Child Abuse, Neglect, and Foster Care se comparte bajo una licencia no declarada y fue escrito, combinado o conservado por Diana Lang

[8] Child, Family, and Community (Laff y Ruiz) se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrito, combinado o conservado por Rebecca Laff y Wendy Ruiz

[9] Ayre, K., & Krishnamoorthy, G. (2020). Understand and empathise se comparte bajo una licencia CC BY-SA.

[10] Sanders & Hall (2018). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. CC por NC SA 4.0

[11] Imagen de Joy Poeng se comparte bajo una licencia CC BY-NC

[12] Imagen de Rachel Klippenstein-Gutierrez se comparte bajo una licencia CC BY-NC

16.6: Relaciones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.7: Desarrollo social a través del juego

Juego y desarrollo social

El juego es un proceso valorado, no solo para el disfrute y el ocio, sino también para el aprendizaje. A través del juego, los niños desarrollan un sentido de identidad y una comprensión de su mundo social y cultural. Los niños utilizan el juego para explorar y comprender culturas, comunidades y amistades (Paris, Beeve & Springer, 2021). Ganamos mucho jugando, no solo como niños sino también como adultos. El juego implica la coordinación mutua, a veces compleja, de objetivos, acciones y entendimiento. Por ejemplo, cuando son bebés, los niños comparten por primera vez (sus juguetes y los de los demás). A través de estas experiencias, los niños desarrollan amistades que proporcionan seguridad y apoyo adicionales a los ofrecidos por sus padres.[1]

Diferentes teorías del juego

Las teorías cognitivas supusieron un cambio significativo en la teorización sobre el juego al orientar la investigación hacia el desarrollo de los procesos de pensamiento y el desarrollo intelectual de los niños. La teoría del desarrollo de Piaget (Piaget, 1962) sugiere que los niños progresan a través de una serie de fases distintas en sus procesos de pensamiento. Según su teoría, los niños participan en tipos de juego que reflejan su nivel actual de desarrollo cognitivo. El papel del juego es ayudarles a consolidar y a practicar los conceptos y las habilidades recientemente adquiridos para preparar al niño para la siguiente etapa de aprendizaje y desarrollo. Vygotsky (1978) también creía que el juego tiene varias funciones en el desarrollo cognitivo. Sin embargo, difería de Piaget al sostener que, cuando los niños juegan antes de que esto se materialice en situaciones de la vida real, revelan nuevas habilidades potenciales. Al crear su propio andamiaje, los niños se desarrollan en áreas como el autocontrol, la cooperación, la memoria, el uso del lenguaje y la alfabetización, utilizando el discurso privado para dirigir, controlar y estructurar sus interacciones en el juego (Bodrova & Leong, 1996). Según Vygotsky (Vygotsky, 1978), el juego favorece el desarrollo al servir de andamiaje dentro de la zona de desarrollo próximo del niño, ayudándole a alcanzar niveles superiores de funcionamiento. Bruner (Bruner, 1972) se centró en cómo el juego en la infancia contribuye a las habilidades de resolución de problemas que son importantes más adelante en la vida. Argumentó que los medios son más importantes que los fines cuando se juega; los niños no se preocupan por cumplir los objetivos, lo que les permite experimentar con combinaciones novedosas de objetos y comportamientos que probablemente no probarían si estuvieran bajo la presión de alcanzar un objetivo. Por lo tanto, el juego fomenta la resolución flexible de problemas, lo que lo convierte en una ventaja adaptativa en el desarrollo y la evolución humanos.[2]

Stuart Brown (2010) sostiene que el juego es evolutivo y tiene las siguientes propiedades:

Sin propósito o realizado por interés propio

- Voluntario
- Atracción inherente
- Libertad de tiempo
- Disminución de la conciencia del yo
- Potencial de improvisación Deseo de continuación

Gray (2013) también proporciona una lista de características para describir el juego (con cierta superposición de la lista de Brown). Según su conceptualización, el juego tiene las siguientes características:

- El niño lo dirige y elige.
- Es como una actividad en la que el foco no es el estado final o un objetivo, sino los mismos medios. Consiste en una estructura que proviene de la mente de los jugadores y no de las restricciones externas. Es imaginativa y separada de la vida real.
- Implica una actividad mental no estresante.[3]



Figura 16.7.1: Los juegos de todo tipo son beneficiosos ([8])

Etapas del juego de Parten

Mildred Parten (1932) observó a niños de 2 a 5 años y señaló seis tipos de juego. Etiquetó tres tipos como juegos no sociales (desocupado, solitario y observador) y tres tipos como juegos sociales (paralelo, asociativo y cooperativo). La siguiente lista describe cada tipo de juego. Los niños más pequeños participan más en juegos no sociales que los niños mayores. A los 5 años, los juegos asociativos y cooperativos son las formas de juego más comunes (Dyer & Moneta, 2006).[1]

Esta lista explica cómo cambia el juego de los niños a medida que crecen y desarrollan sus habilidades sociales.

Juego desocupado (desde el nacimiento hasta los 3 meses): En esta etapa, el bebé realiza muchos movimientos con los brazos, las piernas, las manos, los pies, etc. Está aprendiendo y descubriendo cómo se mueve su cuerpo.



Figura 16.7.2: El recién nacido exhibe el juego desocupado ([9])

Juego solitario (de 3 meses a 2 años): Es la etapa en la que el niño juega solo. Todavía no están interesados en jugar con otros.



Figura 16.7.3: Ejemplo de juego solitario ([10]

Comportamiento del espectador u observador (2 años): Durante esta etapa, el niño comienza a observar a otros niños jugando, pero no juega con ellos.



Figura 16.7.4: Ejemplo de juego de espectador u observador. ([1])

Juego paralelo (mayores de 2 años): Un niño juega al lado o cerca de otros, pero no juega con ellos.



Figura 16.7.5: Ejemplo de juego paralelo ([10])

Juego asociativo (de 3 a 4 años): Cuando un niño empieza a interactuar con otros durante el juego, pero no hay una gran cantidad de interacción en esta etapa.

Juego cooperativo (mayores de 4 años): Cuando un niño juega con otros y se interesa tanto por la actividad como por los demás niños que participan en el juego.



Figura 16.7.6: Ejemplo de juego cooperativo ([11])

Independientemente de las diferencias en los enfoques y las definiciones, lo que las teorías contemporáneas tienen en común es la creencia de que el juego refleja el desarrollo. A medida que el niño crece y madura, la apariencia, la función y las implicaciones del juego pueden cambiar.

Los bebés aprenden gradualmente a identificar los puntos en común con los demás y a participar en interacciones sociales. El desarrollo de estas habilidades se basa en las experiencias personales compartidas entre las personas en contextos específicos (Liebal et al., 2013). El juego social puede ofrecer oportunidades emocionantes para que los niños adquieran habilidades de atención compartida. A lo largo del primer año de vida, especialmente durante el juego, los bebés y sus cuidadores comienzan a construir juegos sociales en conjunto, como las escondidas (Bruner & Sherwood, 1976; Fantasia et al., 2014; Gustafson et al., 1979;). La atención social es una capacidad crucial para la aparición de situaciones de juego. La atención social permite a los niños centrarse en las características

de otras personas, como las expresiones faciales, la dirección de la mirada, los gestos y las vocalizaciones. Cuando se ha identificado la dirección de la atención de otra persona (por ejemplo, a través del seguimiento de la mirada o del punto), podemos cambiar nuestra atención para centrarnos simultáneamente en el mismo objeto o evento externo que nuestro interlocutor (Bourjade, 2017).[5]

El juego como interacción con los pares: Cómo construir amistades

Las interacciones con los pares proporcionan el contexto para el aprendizaje social y la resolución de problemas, incluidas las experiencias de intercambios sociales, la cooperación, la toma de turnos y la demostración del comienzo de la empatía. [6] En las relaciones con los pares, los niños aprenden a iniciar y mantener interacciones sociales con otros niños. También desarrollan habilidades para gestionar los conflictos, como la toma de turnos, el compromiso y la negociación. Antes de cumplir un año, los bebés no solo reaccionan emocionalmente a los estados emocionales de sus pares, sino que también participan con ellos en formas sencillas de interacción que implican comportamientos dentro de sus capacidades motoras. Por ejemplo, Vandell y Wilson (Vandell, 1987) demostraron que las interacciones entre los bebés se vuelven cada vez más recíprocas entre los 6 y los 9 meses, como se refleja en la presencia de la toma de turnos.[7]

Para fomentar el desarrollo social adaptativo, es importante comprender los factores que contribuyen a establecer relaciones con los compañeros, como la empatía y los comportamientos prosociales (Howes, 1992; Sebanc, 2007; Vandell, 1980). Las pruebas sugieren que, antes de cumplir el primer año, los bebés son sensibles y responden a las emociones de sus pares, lo que podría representar posibles precursores de la empatía y los comportamientos prosociales (Decety, 2010; Decety, 2012; Geangu).[7]

Las interacciones sociales con los pares también permiten a los bebés de más edad experimentar con distintos roles en grupos pequeños y en situaciones diferentes, como relacionarse con niños conocidos o desconocidos. Las interacciones son peldaños para las relaciones. [6] Con el tiempo, los bebés desarrollan relaciones estrechas con los niños que conocen, como otros niños de la familia, la guardería o el vecindario. Las relaciones con los pares proporcionan a los niños pequeños la oportunidad de desarrollar conexiones sociales fuertes.

Las relaciones de los niños pequeños con sus pares tienen muchos resultados positivos en su desarrollo posterior, incluidos niveles más altos de salud mental emocional y éxito escolar (Ladd, 1987; Tomada, 2005; Taylor, 1994; Vandell , 2000). La capacidad de un niño pequeño de empatizar con sus pares, de consolarlos y de compartir juguetes con ellos aumenta sus posibilidades de convertirse en un amigo o en el compañero de juego preferido.

La expresión de emociones positivas y negativas de los niños pequeños puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de las relaciones sociales. Las emociones positivas atraen a los interlocutores sociales y permiten que se formen conexiones, mientras que la gestión o la expresión problemática de las emociones negativas provoca dificultades en las relaciones sociales (Denham & Weissberg, 2004). En el estudio de Fabes de 2001, los niños que utilizaban palabras relacionadas con las emociones les caían mejor a sus compañeros de clase (Fabes et al., 2001).[6]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Thompson, R. (2022). Social and personality development in childhood se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA

[2] Lynn A. Barnett, “Children's Perceptions of Their Play: Scale Development and Validation” se comparte bajo una licencia CC BY

[3] Zosh J.M. et. al., (2018) Accessing the Inaccessible: Redefining Play as a Spectrum se comparte bajo una licencia (CC BY)

[4] Contemporary Theories on Development se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA y fue escrito, combinado o conservado por Martha Lally & Suzanne Valentine-French

[5] Cochet H and Guidetti M (2018) Contribution of Developmental Psychology to the Study of Social Interactions: Some Factors in Play, Joint Attention and Joint Action and Implications for Robotics se comparte bajo una licencia (CC BY)

[6] California Infant/Toddler Learning and Development Foundations, 2009 por el Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

[7] Crespo-Llado, M.M., Vanderwert, R., Roberti, E. *et al.* Eight-month-old infants' behavioral responses to peers' emotions as related to the asymmetric frontal cortex activity. se comparte bajo una licencia (CC BY)

[8] Imagen de Nina Kuchkovskiy se comparte bajo una licencia CC: BY-NC

[9] Imagen de Anonymous se comparte bajo una licencia CC: BY-NC

[10] Imagen de Amanda Taintor se comparte bajo una licencia CC BY-NC

16.7: Desarrollo social a través del juego is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.8: Conclusión

Conclusión sobre el desarrollo social

Si bien el desarrollo social está estrechamente relacionado con el desarrollo emocional en la mayoría de los debates sobre el desarrollo de los bebés y los niños pequeños, el primero merece su propia exploración: los bebés y los niños pequeños alcanzan hitos importantes en su desarrollo social. La comprensión por parte del cuidador de los fundamentos del desarrollo social desempeña un papel fundamental en el apoyo y el desarrollo de cada hito social.

16.8: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

16.9: Referencias

Advances in Applied Developmental Psychology: Mastery Motivation: Origins, Conceptualizations, and Applications (Vol. 12). 1995. Edited by R. H. MacTrk and G. A. Morgan. Norwood, NJ: Greenwood Publishing Group.

Ayre, K., & Krishnamoorthy, G. (2020). Understand and empathise. In Trauma Informed Behaviour Support: A Practical Guide to Developing Resilient Learners.essay, University of Southern Queensland. "Understand and empathise" byA is licensed under CC BY-SA.

Bandura, A. (2002). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), Media effects: Advances in theory and research (pp. 121–153). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc.

Lynn A. Barnett, "Children's Perceptions of Their Play: Scale Development and Validation", Child Development Research, vol. 2013, Article ID 284741, 18 pages, 2013. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License

Barrera, M. E., & Maurer, D. (1981). The perception of facial expressions by the three-month-old. Child Development, 52(1), 203–206. https://doi.org/10.2307/1129231

Berger, K. S. (2005). The developing person through the life span (6th ed.). New York: Worth.

Billeci, L., Narzisi, A., Campatelli, G. et al. Disentangling the initiation from the response in joint attention: an eye-tracking study in toddlers with autism spectrum disorders. Transl Psychiatry **6,** e808 (2016). licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Bruner, J. S., and Sherwood, V. (1976). "Early rule structure: the case of "Peekaboo"," in Play: Its Role in Evolution and Development, eds J. S. Bruner, A. Jolly, and K. Sylva (Harmondsworth: Penguin).

J. Bruner, "The nature and uses of immaturity," American Psychologist, vol. 27, pp. 687–708, 1972.

E. Bodrova and D. Leong, Tools of the Mind: The Vygotskian Approach to Early Childhood Education, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA, 1996.

1960s: Bandura by Mark E. Bouton and Diana Lang is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, except where otherwise noted.

Bourjade, M. (2017). "Social attention," in The International Encyclopedia of Primatology, ed. A. Fuentes (New York, NY: John Wiley and Sons).

Burk, D. I. 1996. "Understanding Friendship and Social Interaction," Childhood Education, Vol. 72, No. 5, 282–85.

California Infant/Toddler Learning and Development Foundations, 2009 by the California Department of Education is used with permission

Cohn JF, Tronick E. Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989;28:242–8.

Cochet H and Guidetti M (2018) Contribution of Developmental Psychology to the Study of Social Interactions: Some Factors in Play, Joint Attention and Joint Action and Implications for Robotics. Front. Psychol. 9:1992. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY)

Crespo-Llado, M. M., Vanderwert, R. E. & Geangu, E. Individual differences in infants' neural responses to their peers' cry and laughter. Biol. Psychol. 135, 117–127 (2018)

Crespo-Llado, M.M., Vanderwert, R., Roberti, E. et al. Eight-month-old infants' behavioral responses to peers' emotions as related to the asymmetric frontal cortex activity. Sci Rep 8, 17152 (2018). Creative Commons Attribution License (CC BY)

Crick, F. 1984. "Function of the Thalamic Reticular Complex: The Searchlight Hypothesis," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Vol. 81, 4586–90.

Curby, T. W., and L. L. Brock. 2013. "Teachers' Emotional Consistency Matters for Preschool Children." University of Virginia.

Decety, J. & Svetlova, M. Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. Dev. Cogn. Neurosci. 2, 1–24 (2012).

Decety, J. & Michalska, K. J. Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. Dev. Sci. 13, 886–99 (2010).

Dyer, S., & Moneta, G. B. (2006). Frequency of parallel, associative, and cooperative Play in British children of different socioeconomic status. Social Behavior and Personality, 34(5), 587-592.

Denham, S., and R. Weissberg. 2003. "Social-Emotional Learning in Early Childhood: What We Know and Where to Go From Here," in A Blueprint for the Promotion of Prosocial Behavior in Early Childhood. Edited by E. Chesebrough and others. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Early Childhood Learning and Knowledge Center, Episode 4Can we be friends? Peer Interactions and your curriculum (2018). Head Start

Ehli S, Wolf J, Newen A, Schneider S and Voigt B (2020) Determining the Function of Social Referencing: The Role of Familiarity and Situational Threat. Front. Psychol. This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**.

Embry, L. and Dawson, G. (2002). Disruptions in parenting behavior related to maternal depression: Influences on children's behavioral and psychobiological development. In J. Borkowski, S., Ramey, C. & Bristol-Powers, M. (Eds.), Parenting and the young child's world (pp. 203-214). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Emde, R. N. 1988. "Development Terminable and Interminable. I. Innate and Motivational Factors from Infancy," International Journal of Psychoanalysis, Vol. 69, 23–42.

Emery NJ . The eyes have it: the neuroethology, function and evolution of social gaze. Neurosci Biobehav Rev 2000; **24**: 581–604.

Fabes, R., and others. 2001. "Preschoolers' Spontaneous Emotion Vocabulary: Relations to Likability," Early Education & Development, Vol. 12, No. 1, 11–27.

Fawcett, C., and Liszkowski, U. (2015). "Social referencing during infancy and early childhood across cultures" in International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2nd Edn. Vol. 22. eds. N. J. Smelser, P. B. Baltes, and J. D. Wright (Amsterdam: Elsevier).

Feinman, S. (Ed.) (1992). Social referencing and the social construction of reality in infancy. New York, NY: Plenum.

Fernald, A. 1993. "Approval and Disapproval: Infant Responsiveness to Vocal Affect in Familiar and Unfamiliar Languages," Child Development, Vol. 64, No. 3, 657–74.

S. Freud, Beyond the Pleasure Principle, Norton, New York, NY, USA, 1961.

Foundations of Educational Technology by Penny Thompson is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License, except where otherwise noted.

Geangu, E. In International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences (ed. Wright, J. D.) 7, 549–553 (Elsevier, 2015).

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (2001). The scientist in the crib. New York, NY: HarperCollins.

Gray, P. (2013). Free to Learn: Why Unleashing the Instinct to Play will make our Children Happier, More Self-Reliant, and Better Students for Life. New York, NY: Basic Books.

Hart S, Field T, del Valle C, Pelaez-Nogueras M. Depressed mothers' interactions with their one-year-old infants. Infant Behav Dev. 1998;21:519–25

Hess, E. H. 1975. "The Role of Pupil Size in Communication," Scientific American, Vol. 233,110–19.

Howes, C. 1983. "Patterns of Friendship," Child Development, Vol. 54, No. 4, 1041–53.

Howes, C. & Phillipsen, L. Gender and friendship: relationships within peer groups of young children. Soc. Dev. 1, 230–242 (1992).

Interactions matter: What research says and what you can do! (better kid care). Better Kid Care (Penn State Extension). (2016, June 9). Retrieved January 24, 2022, from https://extension.psu.edu/programs/b...actions-matter

Jarvis, M. (2020, April 14). Responsive Caregiving as an Effective Practice to Support Children's Social and Emotional Development. other, Head Start ECLKC: Early Childhood Learning and Knowledge center. Retrieved January 24, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/video/...al-development.

Ladd, G. W. & Price, J. M. Predicting children's social and school adjustment following the transition from preschool to kindergarten. Child Dev. 58, 1168–1189 (1987).

Lally, M., & Valentine-French, S. (2019, September 24). Contemporary Theories on Development. College of Lake County. Is licensed CC BY-NC-SA

Lally, M., & Valentine-French, S. (2021, May 20). Play. College of Lake County. https://socialsci.libretexts.org/@go/page/94506 is licensed CC: BY-NC-SA

Child Abuse, Neglect, and Foster Care by Diana Lang and Wikimedia contributors is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, except where otherwise noted.

Child, Family, and Community (Laff and Ruiz) is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Rebecca Laff and Wendy Ruiz

Lifespan Development by Julie Lazzara is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, except where otherwise noted.

1960s: Erikson is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by Diana Lang

Leslie, A. M. (1994). ToMM, ToBy, and agency: Core architecture and domain specificity in cognition and culture. In L. Hirschfeld & S. Gelman (Eds.), Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture (pp. 119-148). New York, NY: Cambridge University Press.

Liebal, K., Carpenter, M., and Tomasello, M. (2013). Young children's understanding of cultural common ground. Br. J. Dev. Psychol. 31, 88–96. doi: 10.1111/j.2044-835X.2012.02080.x

Luby, J. (2000). Depression. In C. Zeanah (Ed.), Handbook of Infant Mental Health (pp. 296-382). New York: Guilford Press.

Malle, B. (2022). Theory of mind. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), Noba textbook series: Psychology. Champaign, IL: DEF publishers. licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson, (Ed.), Handbook of adolescent psychology (pp. 159-187). John Wiley & Sons. ↵

Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2020, June 25). Infant development: Birth to 3 months. Mayo Clinic. Retrieved January 23, 2022, from https://www.mayoclinic.org/healthy-l...t/art-20048012

Maternal depression and child development. (2004). Paediatrics & child health, 9(8), 575–598. https://doi.org/10.1093/pch/9.8.575

Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). The Effects of Childhood Stress on Health Across the Lifespan. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta, GA. ↵

Morse, M. (1991). Visual gaze behaviors: considerations in working with visually impaired multiply handicapped children. RE:view, 23, 5-15.

Mundy P, Gomes A . Individual differences in joint attention skill development in the second year. Infant Behav Dev 1998; **21**: 469–482.

Mundy P, Block J, Delgado C, Pomares Y, Van Hecke AV, Parlade MV . Individual differences and the development of joint attention in infancy. Child Dev 2007; **78**: 938–954.

National Research Council and Institute of Medicine. 2000. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Committee on Integrating the Science of Early Childhood. Edited by J. Shonkoff and D. Phillips. Washington, DC: National Academies Press.

Psyc 200 Lifespan Psychology by Laura Overstreet is **Licensed** CC BY: Attribution

Onunaku N. Improving Maternal and Infant Mental Health: Focus on Maternal Depression. Los Angeles, CA: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA; 2005.

Paris, Beeve and Springer 2021 Why Play? (2021, January 4). College of the Canyons. https://socialsci.libretexts.org/@go/page/39262 "Why Play?" by LibreTexts is licensed under CC BY.

" 1960s: Erikson by Jennifer Paris, Antoinette Ricardo, Dawn Rymond, Lumen Learning, and Diana Lang is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, except where otherwise noted.

Sections adapted from: Play. (2021, August 26). https://socialsci.libretexts.org/@go/page/118234

Sections adapted from: Play- The Vehicle for Development and Learning. (2021, May 27). Retrieved October 5, 2021, from https://socialsci.libretexts.org/@go/page/9875

Sections adapted from: Why Play? (2021, January 4). Retrieved October 5, 2021, from https://socialsci.libretexts.org/@go/page/39262

RAISE Infant Program, Joint Attention and Social Referencing, Valley CoPA (Community of Practice in Autism) – November 2007.

Sanders & Hall (2018). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. Journal of Perinatology, 38(1), 3-10. CC by NC SA 4.0

Schieler, A., Koenig, M., and Buttelmann, D. (2018). Fourteen-month-olds selectively search for and use information depending on the familiarity of the informant in both laboratory and home contexts. J. Exp. Child Psychol. 174, 112–129. doi: 10.1016/j.jecp.2018.05.010

Seibert JM, Hogan AE, Mundy P . Assessing interactional competencies: the early social-communication scales. Infant Ment Health J 1982; **3**: 244–258.

Sebanc, A. M., Kearns, K. T., Hernandez, M. D. & Galvin, K. B. Predicting Having a Best Friend in Young Children: Individual Characteristics and Friendship Features. J. Genet. Psychol. 168, 81–95 (2007).

Spitz, R. A., and K. M. Wolfe. 1946. "The Smiling Response: A Contribution to the Ontogenesis of Social Relation," Genetic Psychology Monographs, Vol. 34, 57–125.

Slomian, Justine et al. "Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes." Women's health (London, England) vol. 15 (2019): 1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044

Stenberg, G. (2009). Selectivity in infant social referencing. Infancy 14, 457–473. doi: 10.1080/15250000902994115

Stern, D. N. 1977. The First Relationship: Infant and Mother. Cambridge, UK: Harvard University Press.

Striano, T., Vaish, A., and Benigno, J. P. (2006). The meaning of infants' looks: information seeking and comfort seeking? Br. J. Dev. Psychol. 24, 615–630. doi: 10.1348/026151005X67566Stuart Brown, L. (2010).

Play: How it Shapes the Brain, Opens the Imagination, and Invigorates the Soul. New York, NY: Penguin Group.

Tamis-LeMonda, C. S., Kuchirko, Y., & Song, L. (2014). Why Is Infant Language Learning Facilitated by Parental Responsiveness? Current Directions in Psychological Science, 23(2), 121–126. https://doi.org/10.1177/0963721414522813

Taumoepeau M, Ruffman T. Stepping stones to others' minds: maternal talk relates to child mental state language and emotion understanding at 15, 24, and 33 months. Child Dev. 2008 Mar-Apr;79(2):284-302. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01126.x. PMID: 18366424.

Taylor, A. R. & Machida, S. The contribution of parent and peer support to head start children’s early school adjustment. Early Child. Res. Q. 9, 387–405 (1994).

Thompson, P. (2019). Foundations of Educational Technology Oklahoma State University Libraries is licensed CC:BY, except where otherwise noted.

Thompson, R. A. (2006a). Conversation and developing understanding: Introduction to the special issue. Merrill-Palmer Quarterly, 52, 1–16.

Thompson, R. A. (2006b). The development of the person: Social understanding, relationships, self, conscience. In W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development (6th ed., pp. 24–98). New York, NY: Wiley.

Thompson, R. (2022). Social and personality development in childhood. In R. Biswas Diener & E. Diener (Eds), Noba textbook series: Psychology. Champaign, IL: DEF publishers. Is licensed CC BY-NC-SA

Tomada, G., Schneider, B. H., De Domini, P., Greenman, P. S. & Fonzi, A. Friendship as a predictor of adjustment following a transition to formal academic instruction and evaluation. Int. J. Behav. Dev. 29, 314–322 (2005).

Vandell, D. L. Parents, peer groups, and other socializing influences. Dev. Psychol. 36, 699–710 (2000).

Vandell, D. L., Wilson, K. S. & Buchanan, N. R. Peer interaction in the first year of life: an examination of its structure, content, and sensitivity to toys. Child Dev. 51, 481–488 (1980).

Vandell, D. L. & Wilson, K. S. Infants' Interactions with Mother, Sibling, and Peer: Contrasts and Relations between Interaction Systems. Child Dev. 58, 176–186 (1987)

L. Vygotsky, Mind in Society, Harvard University Press, Cambridge, Mass, USA, 1978.

Vygotsky, L. S. (1967). Play and its role in the mental development of the child. Sov. Psychol. 5, 6–18. doi: 10.2753/RPO1061-040505036

Walden, T., and Kim, G. (2005). Infants' social looking toward mothers and strangers. Int. J. Behav. Dev. 29, 356–360. doi: 10.1177/01650250500166824

Walle, E. A., Reschke, P. J., and Knothe, J. M. (2017). Social referencing: defining and delineating a basic process of emotion. Emot. Rev. 9, 245–252. doi: 10.1177/1754073916669594

Walker S. Gender differences in the relationship between young children's peer-related social competence and individual differences in theory of mind. J Genet Psychol. 2005 Sep;166(3):297-312. doi: 10.3200/GNTP.166.3.297-312. PMID: 16173673.

Wellman, H. M. (2011). Developing a theory of mind. In U. Goswami (Ed.), Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development (2nd ed., pp. 258–284). New York, NY: Wiley-Blackwell

Wellman, H. M., & Lagattuta, K. H. (2000). Developing understandings of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience (pp. 21–49). Oxford University Press.

Zarbatany, L., and Lamb, M. E. (1985). Social referencing as a function of information source: mothers versus strangers. Infant Behav. Dev. 8, 25–33. doi: 10.1016/S0163-6383(85)80014-X

Zhou, Molly and Brown, David, "Educational Learning Theories: 2nd Edition" (2015). Education Open Textbooks. CC BY-NC-SA

Zosh JM, Hirsh-Pasek K, Hopkins EJ, Jensen H, Liu C, Neale D, Solis SL and Whitebread D (2018) Accessing the Inaccessible: Redefining Play as a Spectrum. Front. Psychol. 9:1124. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01124 This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**

16.9: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

17: Estimular el desarrollo social y emocional en los espacios de cuidado grupal

17.1: Introducción
17.2: Influencia general del cuidado infantil en el desarrollo
17.3: Prácticas para estimular el desarrollo socioemocional
17.4: Entornos físicos que estimulan el desarrollo socioemocional
17.5: Conclusión
17.6: Referencias

17: Estimular el desarrollo social y emocional en los espacios de cuidado grupal is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.1: Introducción

Introducción sobre cómo estimular el desarrollo social y emocional en los espacios de cuidado grupal

Hoy en día y más que nunca, los bebés pasan mucho tiempo con sus cuidadores. Estas personas deben dedicar tiempo a estimular de forma consciente el desarrollo socioemocional de los bebés y de los niños pequeños. Según muchas investigaciones, la forma en que los maestros interactúan con los niños es crucial para determinar su desarrollo. (Curby & Brock, 2013) Las primeras relaciones son esenciales para un desarrollo socioemocional saludable en los bebés. La necesidad más importante de los bebés y de los niños pequeños es tener relaciones estrechas y afectuosas que los ayuden a construir un sentido de seguridad emocional.[1] Debido a la naturaleza social y vincular del aprendizaje de los niños pequeños, el cuidado receptivo es la base de casi todo el aprendizaje durante la niñez. (Jarvis, 2020).

Referencias

[1] California Department of Education, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, California Department of Education. Se usa con permiso.

17.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.2: Influencia general del cuidado infantil en el desarrollo

La investigación

Investigaciones anteriores muestran que las primeras experiencias de los niños en el cuidado fuera del hogar en ocasiones han sido favorables para el desarrollo, y en otras no. Estos resultados dependen de la cantidad total, de la calidad y del momento del cuidado infantil (Maccoby & Lewis, 2003; Belsky, 2006; Vandell et al., 2010; Huston et al., 2015; Brownell & Drummond, 2018). Los resultados de las pruebas anteriores sobre la educación y el cuidado durante la primera infancia suelen variar en función de la edad del niño. En el caso de los niños de 0 a 3 años, los datos de la investigación son contradictorios, ya que en algunos estudios se muestran los beneficios del cuidado fuera del hogar, otros informan efectos negativos y otros no llegaron a ningún resultado. (Melhuish, 2015). Varios estudios han demostrado que, si los niños están mucho tiempo en el cuidado fuera del hogar durante un largo período, en especial antes de los cuatro años y medio, esto puede causar grados elevados de agresión, aseveración y desobediencia durante la adolescencia (Belsky, 2006; Vandell et al., 2010; Huston et al., 2015). Por el contrario, en otros estudios se ha descubierto que el cuidado infantil en centros durante la lactancia y la primera niñez puede contribuir al desarrollo de las competencias sociales y el comportamiento prosocial (Brownell & Drummond, 2018) o a menores niveles posteriores de dificultades emocionales o de comportamiento, en comparación con el cuidado infantil informal (Gomajee et al., 2017). En muchos estudios, se han investigado los beneficios de las guarderías en centros, el preescolar y otras formas de cuidado en grupo para niños de tres años o más (Melhuish, 2015). En resumen, los resultados previos indican que los efectos del cuidado infantil temprano dependen de la preparación del niño para el cuidado fuera del hogar (p. ej., la metacognición y la “teoría de la mente” en los primeros años; Wellman et al., 2001; Chatzipanteli et al., 2014) y de las características del entorno de cuidado (así como la calidad de este). A los tres años, por lo general, los niños no han desarrollado suficientes conocimientos o habilidades para participar en la interacción social sin la constante supervisión de una persona adulta (Rubin & Pepler, 1995; Huston et al., 2015). Las características estructurales de excelencia en un entorno de cuidado de la primera infancia (p. ej., el tamaño del grupo o la proporción entre niños y personal, y la formación, permanencia, sensibilidad y capacidad de respuesta de quienes los cuidan) podrían ser una de las razones principales que expliquen las conclusiones que señalan que el cuidado infantil en centros puede ser beneficioso incluso cuando el niño tiene menos de tres años (Brownell & Drummond, 2018).[1] Sin embargo, puede ser difícil lograr y mantener un cuidado infantil de calidad superior en un centro, lo que pone más presión en el desarrollo del niño para hacer frente al entorno de cuidado.

En muchas ocasiones, el cuidado en centros para niños de 0 a 3 años (o incluso hasta los 4 años y medio) se ha considerado un riesgo para su posterior desarrollo social .(Belsky, 2006; Vandell et al., 2010). Sin embargo, algunos estudios han demostrado que, si las guarderías en centros son muy buenas, es posible que no hagan daño o incluso pueden ser beneficiosas para el desarrollo socioemocional de los niños menores de 3 años (Gomajee et al., 2017 ;Brownell & Drummond, 2018). Es posible que, debido a las limitadas capacidades de autocontrol, de teoría de la mente y del lenguaje de un niño pequeño, se le dé más importancia a la calidad del cuidado de los niños pequeños (p. ej., el tamaño del grupo de compañeros y la proporción entre adultos y niños) que a la de preescolares, independientemente de la forma de cuidado. Esto puede explicar por qué las conclusiones anteriores variaron más con niños de 0 a 3 años que con niños mayores: los beneficios del cuidado grupal fuera del hogar para el desarrollo posterior son más notorios (Melhuish, 2015). Cerca de la edad preescolar, los niños pueden desenvolverse en grupo de forma más independiente que cuando son pequeños, lo que hace que es más probable que dependan menos de la calidad del cuidado [1.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Oksman E., et.al.,(2019) Associations Between Early Childcare Environment and Different Aspects of Adulthood Sociability: The 32-Year Prospective Young Finns Study. *CC BY*.

17.2: Influencia general del cuidado infantil en el desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.3: Prácticas para estimular el desarrollo socioemocional

Estimular el desarrollo socioemocional

Durante los primeros cuatro meses de vida, los bebés comienzan a relacionarse con el mundo y sus habitantes (Advances in Applied Developmental Psychology, 1995). Su deseo de buscar relaciones y adquirir conocimientos los impulsa a mover el cuerpo, a prestar atención, y a enviar y recibir señales (es decir, la base del desarrollo y el aprendizaje en todos los ámbitos). Su participación activa en el mundo social y físico va de la mano de la atención que reciben de los adultos, en especial cuando les responden.[1]

Para los cuidadores, observar y responder durante este período de desarrollo tan rápido puede ser un reto. Para estar en sintonía con los bebés pequeños, los adultos deben saber cuándo un bebé está buscando una respuesta social y cuándo está descubriendo mediante la exploración y la observación individual.[1]



Figura 17.3.1: Los cuidadores deben dedicar tiempo a observar de cerca a los bebés para estimular su desarrollo socioemocional. [1]

Los centros de cuidado temprano deben establecer políticas y prácticas que estimulen el cuidado receptivo, para que los bebés aprendan a regular sus emociones y a desarrollar un sentido de previsibilidad, seguridad y receptividad en sus entornos sociales. Esto es tan importante que los expertos en investigación han llegado a la conclusión general de que, en los primeros años, “las relaciones enriquecedoras, estables y constantes son la clave del desarrollo socioemocional para el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje saludables” (National Research Council & Institute of Medicine, 2000, p. 412). Las buenas relaciones aumentan las probabilidades de lograr resultados positivos en los niños pequeños. Los profesionales que trabajan en guarderías pueden estimular el desarrollo socioemocional de los bebés y de los niños pequeños de muchas maneras. Por ejemplo, al interactuar directamente con ellos, al comunicarse con las familias, al organizar el espacio físico en el entorno de la guardería y cuando planifican e implementan un plan de estudios.

Las emociones impulsan el aprendizaje temprano. Los bebés y los niños pequeños son aprendices activos y curiosos que experimentan placer cuando reciben una respuesta positiva de un adulto o cuando descubren algo. Este placer motiva a los niños a participar en interacciones positivas, a explorar y a aprender. Las respuestas emocionales de los bebés y de los niños pequeños muestran sus intereses y necesidades. Es importante que los cuidadores observen las indicaciones que dan los bebés y los niños pequeños para captar sus intereses de aprendizaje y para satisfacer sus necesidades. Al comprender las señales emocionales, los cuidadores determinan si deben interactuar con el niño o si deben esperar tranquilos para ver qué hará después. Las señales emocionales ayudan a que los maestros sepan si los niños están preparados para una mayor interacción, si quieren más complejidad en el juego, o si están cansados y necesitan un momento de tranquilidad. La capacidad de respuesta a las señales emocionales del

niño refuerza la relación entre el maestro y el niño, y crea nuevas posibilidades para el aprendizaje del niño en el ámbito socioemocional y en todos los aspectos del desarrollo.[2]

Los niños aprenden de sus interacciones con los cuidadores todos los días. Con la relación que tienen con los niños, las personas que los educan proporcionan un entorno en el que los niños pueden aprender y prosperar en compañía de un adulto de confianza. Las rutinas de cuidado brindan experiencias sociales esenciales y ayudan a los bebés y a los niños pequeños porque se dan de forma regular y constante. Al experimentar y al participar en estas rutinas, los niños aprenden lo que significa tener una crianza afectuosa. Al relacionarse con adultos que los contienen, los niños también aprenden a interactuar de manera recíproca y receptiva.



Figura 17.3.2: Los cuidados rutinarios, como el cambio de pañales, son una excelente manera de establecer una relación y de estimular el desarrollo socioemocional. [3]

Los cuidadores deben comprender el importante rol de los adultos, ya que deben formar, y demostrar afecto y capacidad de respuesta a las necesidades de los niños pequeños, y deben enseñarles actitudes y habilidades de interacción.[1]

- Tener en cuenta lo que es culturalmente adecuado para el niño e incluir gestos no verbales que den un mensaje de bienvenida (como una sonrisa cálida, un saludo con la mano, un toque tranquilizador y el contacto visual).
- Reconocer y agradecer el comportamiento prosocial.
- Crear un entorno prosocial: demostrar interacciones prosociales, crear zonas acogedoras para dos, proporcionar oportunidades para que los niños cooperen con otras personas, y crear pequeños grupos para los cuentos y las comidas.
- Reconocer las señales y las indicaciones de los niños, sus temperamentos únicos, sus gustos y aversiones. (Early Childhood Learning and Knowledge Center, 2018; *Interactions matter,* 2016).
- Crear un programa con las rutinas diarias predecibles.
- Dar el ejemplo en cuanto al comportamiento, las actitudes y las respuestas emocionales saludables en las interacciones con los niños y otros adultos.
- Establecer expectativas sobre su comportamiento que sean apropiadas desde el punto de vista del desarrollo y de la cultura, en especial en lo que respecta al autocontrol y la autorregulación.
- Narrarles lo que se les observa hacer y expresar, con un lenguaje que describa sus pensamientos y sentimientos, y que aclare los de los demás.

- Brindarles comentarios específicos sobre sus esfuerzos, al reforzar las elecciones que estimulan el aprendizaje y mostrarles cómo sus acciones se relacionan con los resultados.
- Enseñarles y guiar el comportamiento de los niños al utilizar un lenguaje y un tono positivo y respetuoso, a fin de fomentar la resolución de problemas y de dar instrucciones y recordatorios breves.
- Ayudar a los bebés y a los niños pequeños a entender las señales emocionales (expresiones faciales, lenguaje corporal, tono de voz, etc.). Esto se puede fomentar al permitir que los niños jueguen libremente con sus compañeros (el aprendizaje por medio de la experiencia) o al mostrar sus propios procesos de pensamiento al pensar en voz alta (“Me gustaría saber por qué Hayden está llorando...”) (Paris et.al., 2021).
- Crear un entorno positivo que permita a los bebés y a los niños pequeños explorar libremente, en el que muchas veces escuchen un “sí” y rara vez oigan un “no”.
- Proporcionar material relacionado con los sentimientos y las expresiones emocionales, como libros, cuentos y canciones sobre los sentimientos.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Anonymous con licencia CC: BY-NC.

[2] California Department of Education, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, California Department of Education. Se usa con permiso.

[3] La imagen de *NappyStock es de dominio público*.

17.3: Prácticas para estimular el desarrollo socioemocional is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.4: Entornos físicos que estimulan el desarrollo socioemocional

Estimular el desarrollo socioemocional al diseñar el entorno

Las guarderías también deben considerar cómo se puede diseñar el entorno para estimular el desarrollo socioemocional. Si el entorno está preparado para facilitar el contacto visual y la comunicación entre los niños y los cuidadores, los adultos podrán estar a disposición de los niños de manera emocional y física, por lo que podrán desarrollar una base segura para el aprendizaje. Desde el punto de vista emocional, las rutinas de cuidado son más satisfactorias en aquellos entornos preparados para la interacción y la participación de los niños. El entorno influye en el estado de ánimo de todo el mundo –tanto en niños como en maestros–, y en el nivel de estrés que se experimenta en la guardería. Un entorno con mucho aire fresco, colores tranquilos, diferentes tipos de iluminación, lugares para moverse libremente y fácil acceso a los materiales de juego promueve una sensación de calma que ayuda a que los niños y maestros se centren en la exploración y en el aprendizaje conjunto.[1]



Figura 17.4.1: Un entorno con luz natural puede ser una gran manera de apoyar el aspecto emocional. [2]

Los cuidadores pueden organizar el entorno físico de muchas maneras para fomentar y estimular las interacciones y las relaciones entre compañeros. Se deben proporcionar espacios para que los grupos reducidos de niños exploren los materiales e interactúen entre sí. Los bebés que todavía no se mueven y que no pueden acercarse a sus compañeros ni verlos deben colocarse de espalda durante varios momentos al día, a una distancia entre ellos de 1 a 3 ft (de 30 a 90 cm), para que puedan verse y oírse.[1]



Figura 17.4.2: Entorno infantil.

Más recomendaciones sobre el entorno para estimular el desarrollo socioemocional:

Brindar juguetes suaves y fáciles de sujetar para que los bebés y los niños pequeños puedan intercambiar los juguetes con otros niños. Crear espacios individuales, abiertos y para grupos reducidos en el entorno.

Brindar espacios en los que los niños puedan sentirse “solos” (p. ej., cajas de cartón individuales, módulos alfombrados, espacios para cubículos).
Ofrecer zonas pequeñas donde un niño pueda estar con uno o dos amigos y espacios abiertos donde puedan reunirse varios grupos.
Hacer una colección de tarjetas pequeñas con la foto de cada niño.

Contar con varios juguetes populares para que los niños puedan participar en juegos paralelos y asociativos (esto también reduce los conflictos entre compañeros).

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, California Department of Education. Se usa con permiso.

[2] Infant Environment de Jennie Powell se usa con permiso.

17.4: Entornos físicos que estimulan el desarrollo socioemocional is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.5: Conclusión

Conclusión del capítulo “Estimular el desarrollo social y emocional en los espacios de cuidado grupal”

Los cuidadores le dan al bebé un excelente regalo cuando reconocen y dan respuestas adecuadas a los primeros logros de su desarrollo. Esta atención transmite que el camino del bebé avanza progresivamente, y que es comprendido y apoyado. Establece las bases para la seguridad emocional y las relaciones de apego que el bebé desarrolla, que son esenciales para el aprendizaje y el crecimiento a lo largo de los primeros años.[1]

Referencias

[1] California Department of Education, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, California Department of Education. Se usa con permiso.

17.5: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

17.6: Referencias

Belsky, J. (2006). Early childcare and early child development: major findings of the NICHD study of early childcare. *Eur. J. Dev. Psychol.* 3, 95–110. doi: 10.1080/17405620600557755

Brownell, C. A., & Drummond, J. (2018). Early childcare and family experiences predict development of prosocial behaviour in first grade. *Early Child Dev. Care* 1-26. doi: 10.1080/03004430.2018.1489382

Chatzipanteli, A., Grammatikopoulos, V., & Gregoriadis, A. (2014). Development and evaluation of metacognition in early childhood education. *Early Child Dev. Care* 184, 1223-1232. doi: 10.1080/03004430.2013.861456

California Department of Education, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, California Department of Education. Se usa con permiso.

Gomajee, R., El-Khoury, F., van der Waerden, J., Pryor, L., & Melchior, M. (2017). Early life childcare and later behavioral difficulties: a causal relationship? Data from the french EDEN study. *J. Econ. Behav. Org.* (en prensa).

Gluschkoff, K., Oksman, E., Knafo-Noam, A., Dobewall, H., Hintsa, T., Keltikangas-Järvinen, L., et al. (2018). The early roots of compassion: from childcare arrangements to dispositional compassion in adulthood. *Pers. Indiv. Diff.* 129, 28–32. doi: 10.1016/j.paid.2018.03.005

Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychol. Rev.* 102, 458- 489. doi: 10.1037/0033-295X.102.3.458

Huston, A. C., Bobbitt, K. C., & Bentley, A. (2015). Time spent in childcare: how and why does it affect social development? *Dev. Psychol.* 51, 621–634. doi: 10.1037/a0038951

Hughes, C. (2011). *Social Understanding and Social Lives: From Toddlerhood through to the Transition to School.* Abingdon: Taylor & Francis Group.

Maccoby, E. E., & Lewis, C. C. (2003). Less day care or different day care? *Child Dev.* 74, 1069–1075. doi: 10.1111/1467-8624.00592

Melhuish, E. (2015). *Early childhood environments: long-term consequences of early childhood education and parenting. In s. Hay (ed.), early years education and care.* Oxford, UK: Routledge, 29–49.

Oksman E, Rosenström T, Gluschkoff K, Saarinen A, Hintsanen M, Pulkki-Råback L, Viikari J, Raitakari OT & Keltikangas-Järvinen L (2019) Associations Between Early Childcare Environment and Different Aspects of Adulthood Sociability: The 32-Year Prospective Young Finns Study. *Front. Psychol.* 10:2060. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02060. Este es un artículo de acceso abierto que se distribuye bajo los términos de la licencia de Creative Commons Attribution License (CC BY).

Rubin, K. H., & Pepler, D. J. (1995). “The relationship of child's play to social-cognitive growth and development,” en *Friendship and Social Relations in Children*, eds H. C. Foot, A. J. Chapman, & J. R. Smith, (Piscataway, NJ: Transaction Publishers), 207–232.

Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Bull.* 132, 1–25. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.1

Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M., Steinberg, L., & Vandergrift, N. (2010). Do effects of early childcare extend to age 15 years? Results from the NICHD study of early childcare and youth development. *Child Dev.* 81, 737–756. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01431.x

Waldfogel, J. (2001). international policies toward parental leave and childcare. *Future Child.* 11, 98–111. doi: 10.2307/1602812

Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child Dev.* 72, 655–684. doi: 10.1111/1467-8624.00304

17.6: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

18: Apego y vínculos recíprocos

18.1: Introducción
18.2: Teoría del apego
18.3: Conducta de apego frente a vínculo de apego
18.4: La situación extraña de Ainsworth
18.5: Comodidad del contacto
18.6: Modelos de funcionamiento interno del apego
18.7: Ayuda para cuidadores
18.8: Apego y cultura
18.9: Ansiedad de apego y separación
18.10: Trastorno del apego
18.11: Referencias

18: Apego y vínculos recíprocos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.1: Introducción

Introducción al apego y los vínculos recíprocos

Algunas de las experiencias más gratificantes en la vida de las personas tienen que ver con desarrollar y mantener relaciones cercanas. Por ejemplo, entre las fuentes de alegría más significativas podemos mencionar lo siguiente: enamorarse, formar una familia, reunirse con seres queridos que están lejos y compartir experiencias con personas cercanas. Y no es de extrañar que algunas de las experiencias más dolorosas en la vida de las personas impliquen la ruptura de vínculos sociales importantes, como la separación de un cónyuge, la muerte de un padre o el abandono de un ser querido.

¿Por qué los vínculos cercanos juegan un papel tan profundo en la experiencia humana? La teoría del apego consiste en un enfoque para comprender la naturaleza de las relaciones cercanas. En esta sección, repasamos los orígenes de la teoría, sus principios teóricos fundamentales y cómo el apego influye en la conducta, los pensamientos y los sentimientos humanos a lo largo de la vida. [1]

Referencias

[1] Attachment Through the Life Course de R. Chris Fraley se comparte bajo la licencia CC: BY-NC-SA

18.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.2: Teoría del apego

Bowlby

La teoría del apego fue desarrollada inicialmente en la década de 1940 por John Bowlby, un psicoanalista británico que buscó comprender la intensa angustia que experimentan los bebés al ser separados de sus progenitores. Bowlby (1969) observó que los bebés harían todo lo posible para evitar separarse de sus padres o para recuperar la proximidad con un padre ausente. Por ejemplo, notó que los niños que habían sido separados de sus padres solían llorar, llamarlos, negarse a comer o a jugar y se quedaban en la puerta esperando desesperadamente que regresaran. En la época de los primeros escritos de Bowlby, los autores psicoanalíticos sostenían que estas expresiones eran manifestaciones de mecanismos de defensa inmaduros, que se activaban para reprimir el dolor emocional. Sin embargo, Bowlby observó que dichas expresiones son comunes a muchas especies de mamíferos y asumió que estas respuestas a la separación podrían tener una función evolutiva.[1]

Etapas del apego

Según Bowlby, existen 4 etapas del apego (tabla 1[2]). Los bebés y niños pequeños pasan por etapas o hitos que se asemejan a las etapas de desarrollo físico, cognitivo y del lenguaje.

Tabela 18.2.1: Etapas del apego de Bowlby

Etapa	Edad	Características
Etapa de preapego	Desde el nacimiento hasta las 6 semanas	Las señales innatas del bebé atraen al cuidador (agarrar, mirar, llorar, sonreír mirando a los ojos del adulto). Cuando el bebé responde de forma positiva, el cuidador se queda cerca. Los adultos alientan a los bebés a quedarse cerca, ya que eso los reconforta. Los bebés reconocen la fragancia, la voz y la cara de la madre. Todavía no están apegados a la madre y no les molesta que los dejen con personas adultas desconocidas, ya que no les tienen miedo.
El apego en la acción	Desde las 6 semanas hasta los 6 u 8 meses	Los bebés responden distinto frente a las personas conocidas que los cuidan que a las desconocidas. El bebé sonríe más a la madre, le balbucea y se calla más rápido cuando ella lo sostiene. El bebé aprende que sus acciones afectan el comportamiento de quienes lo rodean. Suelen desarrollar un “sentido de confianza” en el que esperan la respuesta del cuidador cuando ellos lo indican. No protestan cuando se separan de su cuidador.

Etapa	Edad	Características
Claridad	Desde los 6 a 8 meses; 18 meses; 2 años	El apego al cuidador conocido se hace evidente. Los bebés desarrollan “ansiedad por separación” y se alteran cuando la persona adulta de la que dependen se va. Esta ansiedad va aumentando entre los 6 y los 15 meses, y su aparición depende del temperamento y el contexto del bebé y del comportamiento del adulto. El niño mostrará señales de angustia si la madre se va, pero si el cuidador lo contiene y es sensible, esta ansiedad podría disminuir.
Formación de vínculos recíprocos	Desde los 18 meses hasta los 2 años	Con el rápido crecimiento de la capacidad de representación y el lenguaje a los 2 años, un niño pequeño puede comprender algunos factores que influyen en las idas y venidas de su padre y su madre, y predecir su regreso, lo que genera una disminución de las quejas al separarse de ellos. El niño puede negociar sus objetivos con el cuidador mediante peticiones y persuasiones. Con la edad, el niño depende menos de su cuidador.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Attachment Through the Life Course de R. Chris Fraley se comparte bajo la licencia CC: BY-NC-SA

[2] https://www.gracepointwellness.org/82-parenting/article/10118-infancy-emotional-and-social-development-social-connections

18.2: Teoría del apego is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.3: Conducta de apego frente a vínculo de apego

Conductas y vínculos

Mientras que Bowlby se centró en las fases del apego, Mary Ainsworth (alumna de Bowlby) planteó que el apego es una base segura desde la cual se puede explorar. Descubrió que las representaciones de apego de los adultos y el concepto de cómo recuerdan sus propias experiencias infantiles pueden influir en el estilo de apego de sus hijos. En la teoría del apego es importante diferenciar la conducta de apego del vínculo de apego. La conducta de apego es un comportamiento por parte del bebé que fomenta la proximidad a la figura de apego, por ejemplo, por medio de la sonrisa y la vocalización (Carlson y Sroufe; Cassidy). En cambio, Ainsworth y Bowlby describen el vínculo de apego no como una relación diádica y recíproca que existe entre el bebé y su cuidador, sino más bien como la interpretación del bebé del vínculo con su madre (Cassidy). Las investigaciones respaldan la influencia positiva del apego seguro entre madre e hijo en el desarrollo posterior (Slade y Aber, 1992). Un sistema de apego seguro es el pilar para la expresión de las emociones y la comunicación en futuras relaciones, brinda oportunidades para la autorregulación del afecto (la capacidad de analizar los procesos emocionales antes de responder) y crea el potencial de resiliencia (Belsky & Cassidy; Carlson & Sroufe; Cassidy; Karen, 1990).[1]



Figura 18.3.1: La importancia del apego seguro ([2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group se comparte bajo la licencia de Creative Commons CC: BY- NC-SA

[2] Imagen de Marie Harris con licencia CC By-NC

18.3: Conducta de apego frente a vínculo de apego is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.4: La situación extraña de Ainsworth

El experimento

Ainsworth siguió investigando sobre el desarrollo del apego en los bebés. Junto con sus colegas crearon una prueba de laboratorio que medía el apego de los bebés a su madre. La prueba se denomina Técnica de situación extraña porque se lleva a cabo en un contexto desconocido para el niño y, por lo tanto, es probable que el niño necesite más a su madre o padre (Ainsworth, 1979).[1]

Durante el procedimiento, que dura unos 20 minutos, primero se deja a la madre o al padre y al bebé solos mientras este explora una habitación llena de juguetes. A continuación, una persona desconocida entra a la habitación y habla durante un minuto con la madre o el padre, que luego sale de la habitación. La persona desconocida se queda con el bebé durante unos minutos, y luego la madre o el padre vuelve a entrar y la persona sale de la habitación. Una cámara de video graba los comportamientos del niño durante la sesión, que luego son codificados por un codificador especializado. Los investigadores estaban particularmente interesados en cómo respondía el niño cuando el cuidador se iba y volvía a la habitación, lo que se conoce como “reencuentro”. En función de su comportamiento, se puede clasificar a los niños en uno de los cuatro grupos. Cada grupo representa un tipo diferente de vínculo de apego con el cuidador. Solo un estilo se denomina seguro, y los otros tres estilos se conocen como inseguros. [1]

Un niño con un **estilo de apego seguro** suele explorar libremente mientras el cuidador está presente y puede relacionarse con la persona desconocida. El niño suele jugar con los juguetes y llevarle uno al cuidador para mostrárselo y describirlo de vez en cuando. Puede estar molesto cuando el cuidador se va, pero también se alegra de verlo regresar.

Un niño con un **estilo de apego resistente** (o a veces denominado ambivalente) desconfía de la situación en general, especialmente de la persona desconocida, y se mantiene cerca o incluso se aferra a su cuidador en lugar de explorar los juguetes. Cuando el cuidador se va, el niño se angustia mucho y, cuando este regresa, el niño se muestra ambivalente. El niño puede ir corriendo hacia el cuidador, pero luego no se deja consolar cuando se lo busca. Puede seguir enfadado e incluso resistirse a los intentos de calmarlo.

Un niño con un **estilo de apego evitativo** evitará o ignorará a la madre, y mostrará poca emoción cuando ella se va o regresa. También puede llegar a huir de la madre cuando ella se acerca. El niño no explorará mucho, independientemente de quién esté allí, y no tratará a la persona desconocida de forma muy diferente de lo que trata a su madre.

Un niño con un **estilo de apego desorganizado o desorientado** parece tener una forma incoherente de afrontar el estrés causado por la situación extraña. Puede llegar a llorar al separarse de la madre, y evitarla cuando regresa, o puede acercarse a la madre, pero luego quedarse quieto o arrojarse al suelo. [1]

Table \(\PageIndex{1}: La técnica de la situación extraña

Etapas	Situación	Seguro	Inseguro, evitativo	Inseguro, resistente	Inseguro, desorganizado
1	Exploración con el cuidador en la habitación	Explora libremente	Explora mucho, pero sin estar concentrado	Se queda cerca del cuidador	Exploración caótica
2	La persona desconocida entra a la habitación y habla con la madre	Puede interactuar con la persona desconocida	Es indiferente a la persona desconocida	Le tiene miedo a la persona desconocidas cuando el cuidador está presente	Miedo o incertidumbre ante la persona desconocida
3	El cuidador sale de la habitación y el niño se queda solo con la persona desconocida	Puede molestarse cuando el cuidador se va	No se molesta cuando el cuidador se va	Gran angustia cuando está a solas con la persona desconocida	Imprevisible (puede estar molesto o no)
4	Reencuentro con el cuidador	Feliz por el regreso del cuidador	Ignora o evita al cuidador	Ambivalente: quiere el contacto con el cuidador, pero está molesto con esta persona	Reacciona con angustia al regreso del cuidador

¿Cuáles son los estilos de apego más frecuentes entre los niños de Estados Unidos? Se calcula que alrededor del 65 % de los niños de Estados Unidos tienen un estilo de apego seguro. El 20 % presenta un estilo evitativo y entre el 10 y el 15 % pertenece al ámbito ambivalente. Otro 5 a 10 % puede caracterizarse como desorganizado (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978).[1]



Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group se comparte bajo la licencia de Creative Commons CC: BY- NC-SA_

18.4: La situación extraña de Ainsworth is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.5: Comodidad del contacto

Investigación de Harlow

Cuando Bowlby estaba desarrollando su teoría inicial del apego, había otras perspectivas teóricas que analizaban por qué los bebés estaban emocionalmente apegados a sus cuidadores primarios (en general, sus madres biológicas). Bowlby y otros teóricos, por ejemplo, creían que había un aspecto importante en la capacidad de respuesta y el contacto que proporcionaban las madres. Otros teóricos, en cambio, sostenían que los bebés pequeños se sienten emocionalmente conectados a sus madres porque son quienes satisfacen sus necesidades más básicas, como la necesidad de comer. El niño llega a sentirse emocionalmente conectado a la madre porque la asocia con la descarga de las pulsiones primarias, como el hambre, y no con la de las pulsiones que podrían ser de naturaleza vincular.[1]

En un conjunto clásico de estudios, el psicólogo Harry Harlow puso a monos bebés en jaulas en las que había dos "madres" artificiales (Harlow, 1958). Uno de esos sustitutos era un simple artilugio de alambre; el otro era un artilugio de alambre cubierto de felpa. Ambas madres artificiales estaban equipadas con una sonda de alimentación para que Harrow y sus colegas pudieran hacer que la madre diera o no leche. Harlow descubrió que los monos pasaban una cantidad de tiempo excesiva con la madre de felpa en comparación con la de alambre. Además, esto ocurría incluso cuando la madre de alambre los alimentaba, en lugar de la madre de felpa. Esto indica que el fuerte vínculo emocional de los bebés con sus cuidadores principales tiene su origen en algo más que el solo hecho de que el cuidador les proporcione comida. Hoy en día, la investigación de Harlow se considera uno de los primeros experimentos que demuestran la importancia de la "comodidad del contacto" al generar el vínculo entre el bebé y el cuidador.[1]



Referencias

[1] Attachment Through the Life Course de R. Chris Fraley se comparte bajo la licencia CC: BY-NC-SA

18.5: Comodidad del contacto is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.6: Modelos de funcionamiento interno del apego

Creación de un modelo de apego

A medida que surgían más investigaciones que mostraban los efectos a largo plazo de la calidad del apego entre los niños pequeños y sus cuidadores, los investigadores se interesaron mucho en la razón, es decir, "¿por qué el apego temprano indica cómo serán los aspectos posteriores del desarrollo social, emocional y cognitivo?" Para responder a esta pregunta, comenzaron a explorar posibles mecanismos mediadores, buscando las vías a través de las cuales el apego ejerce sus efectos. En las investigaciones, descubrieron varios mecanismos, como las vías neurofisiológicas (por ejemplo, los niños con apego seguro tienen niveles más bajos de reactividad al estrés). Entre los más interesantes están los modelos de funcionamiento interno de los vínculos cercanos de los niños pequeños, y más tarde de los niños mayores, adolescentes y adultos (Crittenden, 1999; Dykas & Cassidy, 2011; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).[1]

A medida que se desarrolla el apego, las interacciones diarias entre el bebé y el cuidador forman la base del modelo de funcionamiento interno del bebé, un conjunto de creencias y expectativas que construyen sobre la presencia y la confianza de sus figuras de apego (Sherman, Rice y Cassidy, 2015). Estos modelos de funcionamiento interno se construyen a partir de una edad muy temprana, alrededor de los cuatro meses, apenas los niños pueden representar mentalmente sus experiencias. Es como si a lo largo de los primeros años de vida los bebés estuvieran "tomando notas mentales" sobre el funcionamiento de estos vínculos esenciales. Los efectos de estas expectativas se pueden ver en la forma en que los bebés esperan después de enviar señales de socorro para ver si su cuidador está en camino o si necesitan intensificar sus señales. Las experiencias específicas y repetidas que los bebés tienen con sus cuidadores se van generalizando e internalizando con el transcurso del tiempo, lo cual le indica al bebé si puede contar con la figura de apego para obtener consuelo y una protección de confianza en momentos de angustia y si pueden servir como una base segura desde la cual podrá explorar el mundo. Esta representación interna le brinda información sobre los tipos de comportamiento que puede esperar de los demás, es decir, si una persona lo levantará cuando esté molesto o si puede acudir a ella para que lo consuele cuando esté triste.[1]

A medida que los niños comienzan a interactuar y a establecer relaciones con otras personas, como otros miembros de la familia, los maestros de preescolar y sus compañeros, sus modelos de funcionamiento interno van formando sus expectativas sobre la forma en que las personas les responderán y, por lo tanto, conforman su conducta en las relaciones. Una experiencia negativa con un cuidador puede, por ejemplo, crear la expectativa de que no se puede confiar en las personas. Por ello, a los niños pequeños les cuesta más ser auténticos o acudir a los demás cuando están molestos y necesitan consuelo. Dado que estos modelos de funcionamiento interno influyen en el comportamiento de los niños, pueden moldear la calidad de sus vínculos posteriores hasta la adolescencia y la juventud (Allen y Miga, 2010). Por ejemplo, los adolescentes que tienen un modelo de funcionamiento interno inseguro-resistente pueden mostrar ambivalencia con respecto a los vínculos románticos primarios, ya que pueden desearlas intensamente y, al mismo tiempo, sentir resentimiento sobre cómo satisfacen sus necesidades (Mikulincer, Shaver, Bar-On y Ein-Dor, 2010).[1]

Aunque estas representaciones internas suelen permanecer bastante estables para los niños con apego seguro, pueden seguir aumentando y cambiando a medida que los niños crecen y acumulan más experiencias sociales. Por ejemplo, las interacciones constantes, cálidas y afectuosas con otras figuras de apego, como las abuelas o los maestros de preescolar, tienen el poder de cambiar esas creencias, ya que ayudan a los niños a volver a elaborar un modelo de funcionamiento interno negativo y convertirlo en uno positivo. Los modelos de trabajo internos se pueden volver a elaborar a cualquier edad, ya que los niños encuentran familiares, vecinos, maestros u otras personas adultas que les brindan una atención positiva. Para los adolescentes, las amistades cercanas y afectuosas pueden servir como oportunidades para reconsiderar y ampliar su perspectiva de los vínculos. La buena noticia es que, como adultos, podemos ser conscientes de nuestros modelos de funcionamiento interno en los vínculos y analizar cómo podemos estar trasladando a relaciones futuras aspectos de relaciones anteriores que nos pueden causar problemas. Entonces, podemos volver a elaborar conscientemente nuestras expectativas sobre los demás, de manera que nos resulte más fácil establecer vínculos de confianza con nuestras amistades, parejas románticas y, finalmente, con nuestros hijos.[1]

Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group se comparte bajo la licencia de Creative Commons CC: BY- NC-SA

18.6: Modelos de funcionamiento interno del apego is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.7: Ayuda para cuidadores

Cuidadores y apego

En ocasiones, las madres y los padres necesitan ayuda para responder de forma coherente a las necesidades de su bebé. Un grupo de apoyo fuerte y positivo puede ayudar a los padres y al niño a construir una base sólida, ya que brinda asistencia y ofrece una actitud positiva para ambos. En una investigación de este concepto, el investigador holandés van den Boom (1994) asignó al azar una jornada de capacitación a algunas madres de bebés, en la que aprendieron a responder mejor a las necesidades de sus hijos. van dem Boom descubrió que los bebés de estas madres tenían más probabilidades de desarrollar un estilo de apego seguro, en comparación con los hijos de las madres del grupo de control que no asistió a la capacitación.[1]

Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group se comparte bajo la licencia de Creative Commons CC: BY- NC-SA

18.7: Ayuda para cuidadores is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.8: Apego y cultura

Cultura

En los años posteriores a la innovadora investigación de Ainsworth, muchos investigadores han estudiado varios factores que pueden ayudar a determinar si los niños desarrollan relaciones seguras o inseguras con sus figuras de apego primarias. Se han detectado algunas diferencias culturales en los estilos de apego (Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake y Morelli, 2000). Por ejemplo, los padres y madres alemanes valoran la independencia, y las madres japonesas suelen estar al lado de sus hijos. Por lo tanto, la tasa de apego inseguro-evitativo es mayor en Alemania, y el estilo de apego inseguro-resistente es más frecuente en Japón. Sin embargo, estas diferencias reflejan la variación cultural, más que la inseguridad real (van Ijzendoorn y Sagi, 1999). [1]



Figura 18.8.1: Bebé y su madre en la India ([3])

Uno de los principales factores determinantes de los patrones de apego es el historial de interacciones sensibles y receptivas entre el cuidador y el niño. En resumen, cuando el niño se siente inseguro o estresado, el hecho de que su cuidador pueda contenerlo es fundamental para su desarrollo psicológico. Se cree que estas interacciones de contención ayudan al niño a aprender a regular sus emociones, le dan confianza para explorar el entorno y le brindan un espacio seguro durante las circunstancias estresantes.[2]

Es esencial señalar que, para definir el apego sano y seguro, la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth se centró en los ideales de cuidado de Occidente. Lo que se considera “ideal” en una cultura occidentalizada no es necesariamente lo principal en otras culturas. Se necesita sensibilidad y precaución para determinar si los patrones de apego que se observan son adaptables dentro del entorno del niño. [2] En general, el apego seguro es el tipo de apego más frecuente en todas las culturas estudiadas hasta el momento (Thompson, 2006). [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group se comparte bajo una licencia de Creative Commons CC: BY- NC-SA

[2] Culture and Psychology se comparte bajo una licencia de Creative Commons CC-BY-NC-SA

[3] Image por piqsels es de dominio público

18.8: Apego y cultura is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.9: Ansiedad de apego y separación

Ansiedad de separación

Durante la niñez y la adolescencia, todas las personas sienten algo de ansiedad. Es un aspecto normal del crecimiento. La ansiedad por separación es normal en niños muy pequeños.

Casi todos los niños de entre 18 meses y 3 años experimentan ansiedad por separación y son apegados en cierta medida. [1]

Incluso a los niños pequeños con un apego seguro les resulta difícil la separación. La ansiedad por separación puede manifestarse de muchas formas. Como cuidadores, padres o madres, podemos verlo de varias maneras. Estas son algunas formas de ansiedad que pueden experimentar los bebés y niños pequeños:

- Llanto cuando los dejan en algún lugar
- Pedir que le cojan en brazos durante los momentos de transición o durante largos periodos de tiempo a lo largo del día Ser demasiado apegados durante las transiciones
- Dificultades para dormir una siesta, cuando le cambian los pañales y a la hora de comer
- Terrores nocturnos al dormir en casa, o gritar el nombre de los padres mientras duermen Reacciones y comportamientos intensos ante situaciones que normalmente no les afectarían
- Cómo contener a los niños durante la ansiedad por separación

Tabela \(\PageIndex{1}\):

Edad	Etapa de desarrollo	Lo que puede hacer
Desde el nacimiento hasta los 8 meses	Aunque los bebés reconocen la voz, la cara, el olor y el estilo del cuidador, siempre y cuando se satisfagan sus necesidades, pueden ser reconfortados por otro cuidador.	Un nuevo cuidador puede no ser capaz de interpretar rápidamente las señales particulares del bebé para pedir atención, que le cambien los pañales o manifestar que tiene hambre. Entonces, el cuidador debe observar al bebé con los padres para aprender lo máximo posible sobre cómo comunica sus necesidades.
Desde los 8 meses hasta los 2 años	Durante esta etapa del desarrollo, es esperable que comience la ansiedad por separación; por lo tanto, los niños pueden asustarse y alterarse cuando sus padres se van.	Recordarles que papá o mamá siempre vuelven puede ayudar a aliviar el temor. Los objetos de transición, como una manta especial o un juguete suave y acogedor, también pueden aliviar la ansiedad. Cuando están angustiados, tener experiencias centradas en la exploración sensorial también puede calmarlos.
Desde los 2 hasta los 5 años	Los niños de edad preescolar suelen manejar la separación razonablemente bien, pero las situaciones estresantes de la vida, como tener un nuevo hermano, un nuevo cuidador, o los problemas en la familia, pueden desencadenar la ansiedad por separación.	En algunas ocasiones, los niños afrontan la situación regresando a comportamientos anteriores, como hacer rabietas, chuparse el dedo o hablar como bebés. Leer libros infantiles con temas de separación puede ayudar a sus hijos a manejar sus sentimientos. Brindar oportunidades para hacer juegos de roles con marionetas también puede ayudarlos a superar sus sentimientos de miedo o tristeza.

Cómo contener a los niños durante la ansiedad por separación [1]

Referencias

[1] https://www.cedars-sinai.org/health-...-children.html

[2] Children’s Home Society of California - Family Education Program - Separation Anxiety Easing the transition from home to child care - www.chs-ca.org

---

18.9: Ansiedad de apego y separación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.10: Trastorno del apego

Trastorno de apego reactivo (RAD)

Otro patrón de apego es el trastorno de apego reactivo (Reactive Attachment Disorder, RAD). Los alumnos con RAD suelen tener serios problemas de agresividad, a menudo hieren a otras personas y muestran poca empatía o arrepentimiento. Los comportamientos de búsqueda de seguridad, la ansiedad y la depresión son propios de este trastorno, así como la incapacidad de ser genuinamente afectuoso con otras personas o de desarrollar vínculos profundos. Los alumnos con RAD sienten la necesidad de tener el control y pueden mostrar un comportamiento autoritario, discutidor y desafiante. El trastorno de apego reactivo es un trastorno de salud mental clasificado según los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales: DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). En el manual, este trastorno se caracteriza como una conducta relacionada con el estrés que solo puede ser causado por la falta de cuidados adecuados (negligencia social) durante la infancia. Los niños con RAD demuestran un comportamiento retraído e interiorizado. Solo se diagnostica en niños y debe ser evidente dentro de los primeros cinco años de vida.

El RAD es un déficit en la capacidad del niño para manejar sus sentimientos. Si pensamos en el RAD desde la perspectiva del niño que lo tiene, podría describirse de la siguiente manera:

- *Me va mal en las relaciones y en los conflictos porque mis habilidades sociales, emocionales y conductuales no sirven para las interacciones con los demás. En muchos ámbitos, la frecuencia, la duración y la intensidad de mis dificultades me apartan de los demás.*
- *¿Por qué soy así? Cuando era bebé o un niño pequeño, mi necesidad de consuelo, cariño y conexión no fue satisfecha. Mi mundo ha sido de abandono, miedo y dolor. Por eso no puedo articular mis sentimientos y pensamientos.*
- *Amenazo, hago rabietas; soy agresivo, reclamo atención, soy manipulador, cautivador y me enojo fácilmente. La única manera que tengo de controlar las relaciones es comportándome así (Flaherty, 2011)*[1]

Recuerde que no nos corresponde diagnosticar, sino comprender. Independientemente del tipo de dificultad que tenga un niño con el apego, todos necesitan lo siguiente:

- Seguridad
- Un adulto que lo contenga y que esté ahí
- Apoyo emocional
- Comprensión
- Ayuda con el comportamiento
- Rutinas y constancia

Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group se comparte bajo una licencia CC BY-NC-SA

18.10: Trastorno del apego is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

18.11: Referencias

Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist, 34*(10), 932-937.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Akimoto, S. A., y Sanbinmatsu, D. M. (1999). Differences in self-effacing behavior between European and Japanese Americans: Effect on competence evaluations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 30*, 159-177.

Allen, J. P. y Miga, E. M. (2010). Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*, 181-190. doi:10.1177/0265407509360898

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM- 5).* Washington, DC: Autor.

Berk, L. E. (2007). *Development through the life span* (4.º edición). Boston: Allyn and Bacon.

Berne, S. A. (2006). The primitive reflexes: Considerations in the infant. *Optometry & Vision Development, 37(3)*, 139-145. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss.* Londres: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2.º edición). Nueva York: Basic Books.

Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning. (n.d.). *Center on the social and emotional foundations for early learning*. CSEFEL. Extraído el 12 de febrero de 2022 de http://csefel.vanderbilt.edu/

Cedars-Sinai. (n.d.). *Articles*. Cedars. Extraído el 12 de febrero de 2022 de https://www.cedars-sinai.org/health-...-children.html

Chappell, K. D., y Davis, K. E. (1998). Attachment, partner choice, and perception of romantic partners: An experimental test of the attachment-security hypothesis. *Personal Relationships*, *5*, 327–342.

Children's Home Society of California. (n.d.). Extraído el 12 de febrero de 2022 de http://www.chs-ca.org/

Crittenden, P. M. (1999). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal, 11*, 259- 277. doi:10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J

Collins, N., y Read, S. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.

Culture and Psychology por L D Worthy; T Lavigne; y F Romero tiene una licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, a menos que se indique lo contrario.

Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, *137*, 19-46. doi:10.1037/a0021367

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed.* NY: Norton & Company.

Feeney, J. A., y Noller, P. (1992). Attachment style and romantic love: Relationship dissolution. *Australian Journal of Psychology, 44*, 69-7

Flaherty, S. C., & Sadler, L. S. (2011). *A review of attachment theory in the context of adolescent parenting*. Journal of pediatric health care : publicación oficial de la National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners. Extraído el 12 de febrero de 2022 de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051370/

Fraley, R. C. (2022). Attachment through the life course. En R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology.* Champaign, IL: Editores de DEF. Extraído de http://noba.to/s3kj9ufv

Fraley, R. C., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Owen, M. T., y Holland, A. S. (2013). Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: A longitudinal study from infancy to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 104*, 8817-83

Frazier, P. A, Byer, A. L., Fischer, A. R., Wright, D. M., y DeBord, K. A. (1996). Adult attachment style and partner choice: Correlational and experimental findings. *Personal Relationships*, *3*, 117–136.

Freud, S. (1938). *An outline of psychoanalysis.* Londres: Hogarth.

Gillath, O., Shaver, P. R., Baek, J. M., y Chun, D. S. (2008). Genetic correlates of adult attachment style. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 34, 1396-1405.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G., y Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1-2)*, 233–256.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, *13*, 673-685.

Hazan, C., y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524.

Hudson, N. W., Fraley, R. C., Vicary, A. M., y Brumbaugh, C. C. (2012). *Attachment coregulation: A longitudinal investigation of the coordination in romantic partners' attachment styles*. Manuscrito en revisión.

Main, M., Kaplan, N., y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton y E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, 66-106. doi:10.2307/3333827

Main, M., y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool* Years (páginas 121 a 160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

McClure, M. J., Lydon, J. E., Baccus, J., y Baldwin, M. W. (2010). A signal detection analysis of the anxiously attached at speed-dating: Being unpopular is only the first part of the problem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36*, 1024-1036.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Bar-On, N., y Ein-Dor, T. (2010). The pushes and pulls of close relationships: Attachment insecurities and relational ambivalence. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*,450-468. doi:10.1037/a0017366

O'Connor, T. G., Marvin, R. S., Rotter, M., Olrich, J. T., Britner, P. A., and The English and Romanian Adoptees Study Team. (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, *15*, 19-38.

Oldmeadow, J. A., Quinn, S., y Kowert, R. (2013). Attachment style, social skills, and Facebook use amongst adults. *Computers in Human Behavior*, 28, 1142-1149.

Oswalt, A. (n.d.). *Infancy emotional and social development: Social Connections*. Infancy Emotional and Social Development: Social Connections - Parenting. Extraído el 12 de febrero de 2022 de https://www.gracepointwellness.org/8...al-connections

Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., and Morelli, G. (2000). Attachment and culture: Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, *55*, 1093-1104.

Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A., Resnick, S., and Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, *32*, 12-25.

Sherman, L. J., Rice, K., and Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, *37*, 109-141. doi:10.1016/j.dr.2015.06.001

Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., and Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in adult romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 355-367.

Simpson, J. A., Rholes, W. S., and Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 434-446.

Trauma Informed Behaviour Support: A Practical Guide to Developing Resilient Learners de la University of Southern Queensland tiene licencia de Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a menos que se indique lo contrario.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. En J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2.º edición., páginas 78 a 101). Nueva York, NY: Guilford Press.

van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, *65*, 1457-1477.

Van Ijzendoorn, M. H., and Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment. En J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (páginas 713 a 734). Nueva York: Guilford.

"Lifespan Development: A Psychological Perspective, Second Edition" de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC-BY-NC-SA-3.0/material adicional (Modelo de funcionamiento interno del apego; tabla 3.3 Situación extraña) de Ellen Skinner y Kristen Raine, Portland State University tiene licencia CC-BY-NC-SA-4.0

18.11: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

19: Temperamento

19.1: Introducción
19.2: Descripción general del temperamento
19.3: Dimensiones del temperamento
19.4: Estilos de temperamento
19.5: Bondad de ajuste
19.6: Temperamento, cultura y entorno
19.7: Temperamento y desarrollo del lenguaje
19.8: Temperamento y personalidad posterior
19.9: Conclusión
19.10: Referencias

19: Temperamento is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.1: Introducción

Introducción al temperamento

Tal vez, usted haya pasado tiempo con varios bebés. ¿En qué se parecían? ¿En qué se diferenciaban? ¿Cómo compara a sus hermanos o a otros niños que ha conocido bien? ¿Ha escuchado historias de sus padres o abuelos sobre cómo era de bebé? Si tiene algún video de usted cuando era un bebé, ¿qué muestra de su forma de pensar sobre el mundo? Es posible que haya observado que algunos bebés parecen estar más cómodos, ser más amables o estar de mejor humor que otros y que algunos son más sensibles al ruido o se distraen con más facilidad. Estas diferencias pueden atribuirse al temperamento. El temperamento se refiere a las características innatas de base neurofisiológica de los bebés, como el estado de ánimo, el nivel de actividad y la reactividad emocional, que se perciben poco después del nacimiento.[1]

Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene una licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

19.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.2: Descripción general del temperamento

Descripción general

Se calcula que entre el 40 % y el 60 % de la variabilidad observada en la personalidad se debe a características o rasgos de temperamento (Cloninger et al., 1993 Bouchard, 1994 Loehlin et al., 1998 Robins, 2005) (Fisher, Island, Rich, Marchalik & Brown, 2015).Los rasgos temperamentales son características de base biológica presentes en las primeras etapas de la vida que contribuyen a las diferencias individuales en la regulación y en la modulación de la emoción, la atención, el comportamiento y la actividad motora (Rothbart, 1981, 2007; Gartstein y Rothbart, 2003) (Spinelli, Fasolo, Shah, Genovese & Aureli, 2018). El temperamento es un patrón heredado de cognición, emoción, motivación y comportamiento; está influenciado por la experiencia (Terracciano et al., 2005; Roberts & Mroczek, 2008), pero es principalmente estable a lo largo de la vida (Bouchard, 1994; McCrae et al., 2000; Roberts & DelVecchio, 2000). Según Rothbart et al. (2000), “el temperamento surge de nuestra dotación genética. Influye y se ve influido por la experiencia de la persona, uno de cuyos resultados es la personalidad adulta”. Aunque algunos teóricos sostienen que no existe una distinción rígida entre la personalidad y el temperamento (McCrae et al., 2000), los elementos del temperamento incluyen tradicionalmente disposiciones conductuales desde la infancia hasta la edad adulta, observables en los bebés preverbales y generalizables a los animales no humanos (Rothbart et al., 2000; Clark, 2005) (Fisher, Island, Rich, Marchalik, & Brown, 2015). Dado que el desarrollo surge por medio de interacciones bidireccionales entre el bebé y su entorno (Sameroff, 1975), el temperamento puede influir en la forma en que el bebé recibe y responde a los estímulos de su entorno, lo que repercute en el desarrollo posterior.[1]

Referencias

[1] Fisher, H. E.; Island, H. D.; Rich, J.; Marchalik, D. & Brown, L. L. (2015) Four broad temperament dimensions doi:10.3389/fpsyg.2015.01098 tiene licencia **CC BY**.

19.2: Descripción general del temperamento is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.3: Dimensiones del temperamento

Dimensiones del temperamento

En un estudio que marcó un hito en 1956, Chess y Thomas (1996) evaluaron el temperamento de 141 niños con entrevistas a los padres. Se denominó el "Estudio longitudinal de Nueva York", en el que los bebés fueron evaluados en 9 dimensiones del temperamento.[1] Los comportamientos de cada uno de estos rasgos se sitúan en un continuo. Estos rasgos incluyen:

- Nivel de actividad
- Ritmicidad (regularidad de las funciones biológicas)
- Aproximación/alejamiento (cómo los niños se enfrentan a lo nuevo)
- Adaptabilidad a las situaciones
- Intensidad de las reacciones
- Umbral de respuesta (cuán intenso debe ser un estímulo para que el niño reaccione)
- Calidad del estado de ánimo
- Distracción
- Capacidad de atención
- Persistencia

En el Cuadro de temperamentos, se explican estos rasgos con más detalle.[2]

Tabela 19.3.1: Cuadro de rasgos de temperamento

Dimensiones	Indicador de comportamiento típico	El niño...
El **nivel de actividad** se refiere al nivel general de actividad motora cuando se está despierto o dormido. La actividad motora implica movimientos de músculos grandes y pequeños, como correr, saltar, darse la vuelta, sostener un lápiz de colores, agarrar juguetes, etc.	Actividad alta	es inquieto y activo.
	Actividad baja	prefiere menos ruido y movimiento.
La **distractibilidad** es la facilidad con la que uno puede distraerse; o a la inversa, su nivel de concentración o enfoque.	Distracción alta	se distrae mucho con las molestias, y nota incluso pequeñas señales, como el hambre, el sueño, etc.
	Distracción baja	puede soportar la incomodidad y no parece muy consternado en absoluto.
La **intensidad** se refiere al nivel de energía de la respuesta emocional, tanto positiva como negativa.	Intensidad alta	tiene reacciones positivas y negativas fuertes o intensas.
	Intensidad baja	tiene reacciones emocionales silenciadas.
La **regularidad** se refiere a la previsibilidad de las funciones biológicas, como comer, dormir, etc.	Muy regular	tiene patrones predecibles de apetito, sueño y eliminación.
	Irregular	tiene patrones impredecibles de apetito, sueño y eliminación.
La **sensibilidad** describe la capacidad de respuesta a estímulos físicos, como la luz, el sonido y las texturas.	Sensibilidad alta	es sensible a los estímulos físicos, incluidos los sonidos, los sabores, el tacto y los cambios de temperatura; es exigente con la comida y tiene dificultades para dormir en una cama extraña.

Dimensiones	Indicador de comportamiento típico	El niño...
	Sensibilidad baja	no es sensible a los estímulos físicos, incluidos los sonidos, los sabores, el tacto y los cambios de temperatura; puede quedarse dormido en cualquier lugar y prueba nuevos alimentos con facilidad.
La **capacidad de aproximación** es la respuesta inicial de una persona a nuevos lugares, situaciones o cosas.	Aproximación alta	se aproxima con entusiasmo a nuevas situaciones o personas.
	Aproximación baja	es vacilante y se resiste cuando se enfrenta a nuevas situaciones, personas o cosas.
La **adaptabilidad** describe la facilidad con la que uno se ajusta a los cambios y las transiciones.	Adaptación alta	requiere muy poco tiempo para sentirse bien en situaciones nuevas.
	Adaptación baja	puede llorar o permanecer cerca de un cuidador antes de abordar una nueva situación.
La **persistencia** se refiere a la duración de las actividades a pesar de los obstáculos.	Persistencia alta	continúa con una tarea o actividad frente a los obstáculos y no se frustra con facilidad.
	Persistencia baja	pasa a una nueva tarea o actividad cuando se enfrenta a obstáculos y se frustra con facilidad.
El **estado de ánimo** es la tendencia a reaccionar ante el mundo principalmente de forma positiva o negativa.	Estado de ánimo positivo	reacciona ante el mundo de forma positiva y por lo general es alegre.
	Estado de ánimo serio	reacciona de forma observadora, a veces más seria, y tiende a ser reflexivo sobre nuevas situaciones.

Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene una licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

[2] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (30 de mayo de 2018). *Introduction to Temperament* de ECLKC es de dominio público.

19.3: Dimensiones del temperamento is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.4: Estilos de temperamento

Tipos de temperamento

Thomas, Chess, Birch, Hertzig y Korn descubrieron que estos amplios patrones de cualidades temperamentales son muy estables durante la infancia.[1] En función de los perfiles de comportamiento de los niños, la mayoría de ellos pueden clasificarse en tres tipos generales de temperamento:[2]

Tabela \(\PageIndex{1}: de los tipos de temperamento

Tipo	Porcentaje	Descripción
Fácil	40 %	• Capaz de adaptarse rápido a la rutina y a las nuevas situaciones. • Mantiene la calma. • Fácil de calmar. • Suele tener un estado de ánimo positivo.
Difícil	10 %	• Reacciona de forma negativa ante situaciones nuevas. • Tiene problemas para adaptarse a la rutina. • Suele tener un estado de ánimo negativo. • Llora con frecuencia.
Se adapta lento	15 %	• Bajo nivel de actividad • Se adapta lento a las nuevas situaciones. • Muchas veces tiene un estado de ánimo negativo.

Los porcentajes no suman un 100 %, ya que algunos niños no pueden posicionarse claramente en una de las categorías.[3] Cerca del 65 % de los niños se ajusta a uno de los patrones. Del 65 %, el 40 % se ajustaba al patrón fácil, el 10 % caía en el patrón difícil y el 15 % era de adaptación lenta. Cada categoría tiene sus puntos fuertes y débiles, y una no es superior a otra.[4] La adaptación a largo plazo de los niños depende de la adecuación de su temperamento a la naturaleza y las exigencias del entorno en el que se encuentran. Las respuestas de los cuidadores parecen ser más importantes que el temperamento del niño.[5]

Referencias

[1] Culture and Psychology de L. D. Worthy, T. Lavigne, & F. Romero tiene licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

[2] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

[3] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

[4] Culture and Psychology de L. D. Worthy, T. Lavigne, & F. Romero tiene licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

[5] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

19.4: Estilos de temperamento is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.5: Bondad de ajuste

La importancia del ajuste

Un aspecto importante de la investigación de Thomas & Chess (1977) considera la interacción del temperamento del niño con la personalidad del cuidador y el estilo de crianza. Propusieron que una correspondencia entre las necesidades del temperamento del niño y el cuidado de los padres mejoraría el desarrollo saludable de la autorregulación y el sentido de sí mismo del niño. Este equilibrio crítico se conoce como la "bondad de ajuste".[1] La capacidad de un cuidador para leer con precisión y trabajar bien con un niño determina la bondad de ajuste entre el temperamento del niño, la crianza y el cuidado. El objetivo de los padres y los cuidadores en un centro para bebés o niños pequeños es que se adapten bien, es decir, que sus estilos se alineen bien, y que la comunicación y la interacción fluyan. Los niños de temperamento activo pueden estar bien con padres que apoyen su curiosidad, pero podrían tener problemas en una familia más rígida.[2]

Esta falta de adecuación entre el temperamento del niño y las exigencias y expectativas de los padres puede causar problemas. En lugar de suponer que la disciplina por sí sola mejorará el comportamiento de los niños, el conocimiento del temperamento puede ayudar a los padres, a los maestros o a otros cuidadores a obtener información para trabajar de forma más eficaz con el niño. Resulta útil considerar las diferencias de temperamento como estilos diferentes y no como un comportamiento "bueno" o "malo". Por ejemplo, un niño persistente puede ser difícil de distraer de cosas prohibidas, como los cables eléctricos, pero esta persistencia puede servirle en otras áreas, como la resolución de problemas.[3]

Lo más beneficioso del concepto de bondad de ajuste es que no requiere que los adultos y los niños tengan temperamentos coincidentes. El padre o el cuidador no tienen que cambiar su forma de ser, si no que pueden modificar o ajustar sus métodos de cuidado para apoyar de manera positiva la forma natural de su hijo de responder al mundo. Por ejemplo, si un niño es muy activo, un cuidador puede llevar actividades extra en la pañalera para los tiempos de espera en las visitas al médico, al supermercado, etc. En el caso de un niño que necesita un tiempo extra para comenzar nuevas actividades, darle tiempo para que se adapte y se sienta seguro lo prepara para tener más éxito.[4]

Referencias

[1] Culture and Psychology de L. D. Worthy, T. Lavigne, & F. Romero tiene licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

[2] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

[3] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

[4] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (30 de mayo de 2018). *Introduction to Temperament*. de ECLKC es de dominio público.

19.5: Bondad de ajuste is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.6: Temperamento, cultura y entorno

Factores que afectan al temperamento

La crianza de los hijos es bidireccional. Los padres influyen en sus hijos, pero los hijos también influyen en sus padres. Las características del niño, incluido el temperamento, afectan a los comportamientos y roles de los padres. Por ejemplo, un bebé con un temperamento fácil podría hacer que los padres se sientan más eficaces, ya que pueden calmarlo con más facilidad y provocar sonrisas y arrullos. Por otra parte, un bebé malhumorado o inquieto provoca menos reacciones positivas en sus padres y puede hacer que estos se sientan menos eficaces en su papel en la crianza (Eisenberg et al., 2008). Con el tiempo, los padres de los niños más difíciles pueden volverse más punitivos y menos pacientes con sus hijos (Clark, Kochanska & Ready, 2000; Eisenberg et al., 1999; Kiff, Lengua & Zalewski, 2011). Los padres que tienen un hijo exigente y difícil están menos satisfechos con sus matrimonios y tienen más dificultades para conciliar los roles laborales y familiares (Hyde, Else-Quest & Goldsmith, 2004). El temperamento de los niños influye directamente en el comportamiento de los padres con sus hijos.[1]

Thomas & Chess también estudiaron el temperamento y el entorno. Una de las muestras consistía en familias blancas de clase media con un nivel educativo superior; las familias puertorriqueñas de clase trabajadora constituían la otra muestra. Encontraron varias diferencias. Los padres de los niños de clase media eran más propensos a informar problemas de comportamiento antes de los 9 años, y los niños tenían problemas de sueño. Este informe puede deberse a que los niños comienzan la educación preescolar entre los 3 y los 4 años. De Vries (1974) hizo un seguimiento de los bebés y las madres masáis (una tribu de África oriental) durante varios años en un período de hambruna. El investigador descubrió que los bebés masáis más exigentes tenían más probabilidades de sobrevivir durante los períodos de estrés ambiental que los bebés más dóciles. El investigador indicó que los bebés más agresivos y exigentes –o, en términos de temperamento, más difíciles– tenían más probabilidades de ser alimentados y de ver satisfechas sus necesidades que los bebés dóciles, a los que era más fácil de ignorar. Los resultados de estos estudios transculturales sobre el temperamento demuestran cómo la interacción entre la ecología, el temperamento y la cultura afectan a la persona.[2]

Referencias

[1] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

[2] Culture and Psychology de L. D. Worthy, T. Lavigne, & F. Romero tiene licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International Licens.

19.6: Temperamento, cultura y entorno is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.7: Temperamento y desarrollo del lenguaje

La influencia del lenguaje en el temperamento

El papel del temperamento en el desarrollo se ha estudiado principalmente en el ámbito socioemocional, donde se suele asociar con problemas externos e internos, conductas desafiantes (Ullsperger et al., 2016; Rubin et al., 2017) y competencia social (Baer *et al.*, 2015; Penela et al., 2015). Sin embargo, el temperamento también desempeña un papel en la adquisición del lenguaje y explica en parte la variabilidad en la cantidad de lenguaje que tiene un niño y en la forma en que lo adquiere (p. ej., la edad en la que dice la primera palabra, el ritmo de desarrollo del vocabulario y el surgimiento de la sintaxis) durante los dos primeros años de vida (Bates et al., 1991; Lieven, 1997). La investigación en el ámbito del lenguaje se centró en las contribuciones de los cuidadores (por lo general, los padres), y una gran parte se centró en la calidad y en el aporte del lenguaje de la madre. Estos estudios encuentran resultados consistentes sobre el impacto de esos factores en el rendimiento del lenguaje infantil (consulte Soderstrom, 2007 para una revisión). Existen menos estudios sobre cómo contribuye el niño al desarrollo del lenguaje, tal como la influencia de los rasgos temperamentales en la adquisición del lenguaje. Una posible explicación de las diferencias en los estudios de investigación disponibles es la falta de consideración de un enfoque (Sameroff, 1975) que incluya tanto las contribuciones del niño al desarrollo del lenguaje (es decir, el temperamento) como el papel del cuidador (p. ej., la calidad del aporte de la madre).[1]

El primer año de vida se caracteriza por la rápida aparición de la capacidad del bebé para descodificar los flujos de habla que se le dirigen y empezar a asociar los sonidos con un significado simbólico. Se cree que dos características basadas en el temperamento: el control de atención y la capacidad de autorregulación apoyan o inhiben el desarrollo del lenguaje (Canfield & Saudino, 2016). Sin embargo, la investigación no ha llegado a un acuerdo universal sobre este punto. Los bebés que demostraron mejores habilidades de atención también demostraron una mayor comprensión del lenguaje al final del primer año (Dixon & Smith, 2000; Morales et al., 2000) y un mayor vocabulario a los 21 meses (Dixon & Shore, 1997; Dixon & Smith, 2000; Salley et al., 2013). Estos resultados indicaron que una mayor atención sostenida al entorno podría facilitar las capacidades del niño para centrarse en eventos ricos en lenguaje y contribuir al desarrollo del vocabulario. Sin embargo, otras investigaciones arrojaron resultados contradictorios (Kubicek & Emde, 2012; Pérez-Pereira et al., 2016). Estas disparidades indican la necesidad de realizar más investigaciones. Por lo general, la literatura indica que las mayores expresiones de afecto positivo pueden fomentar intercambios sociales más significativos en la infancia (un período crítico del desarrollo del lenguaje) y ayudar a facilitar el desarrollo del lenguaje en el período de bebés y niños pequeños (vea Pérez-Pereira et al., 2016, Morales et al., 2000, Laake & Bridgett, 2014, Slomkowski et al., 1992 y Kubicek & Emde, 2012). Otra literatura indica que un temperamento difícil se asocia negativamente con el desarrollo del lenguaje. McNally & Quigley (2014) encontraron que los bebés calificados con un temperamento más difícil a los 9 meses tenían puntuaciones globales de lenguaje más bajas a los 3 años, con asociaciones similares demostradas para los bebés a los 21 meses (Dixon & Smith, 2000; Salley & Dixon, 2007). Una posible explicación sostiene que el temperamento difícil de un bebé puede interferir con su capacidad de controlar la atención necesaria para procesar la información relevante para el lenguaje y afectar a su desarrollo durante un período crítico de la adquisición del lenguaje.[1]

A pesar de que las investigaciones indiquen una asociación entre la regulación de las emociones y el desarrollo del lenguaje, la literatura adicional ha demostrado resultados contradictorios. Algunos estudios no han encontrado una asociación entre el afecto negativo en la infancia (p. ej., la escala de angustia a las limitaciones y el temperamento difícil) y las competencias lingüísticas en los primeros años de vida (Dixon & Smith, 2000 ;Morales et al., 2000; Westerlund & Lagerberg, 2008; Canfield & Saudino, 2016). Además de la complejidad de la asociación entre la regulación de las emociones y el lenguaje, Moreno & Robinson (2005) encontraron que las mayores expresiones de alegría y las mayores expresiones de ira a los 8 meses estaban asociadas con un mejor lenguaje expresivo a los 30 meses. Este estudio indica que la expresión emocional (tanto positiva como negativa) puede facilitar el desarrollo del lenguaje al proporcionar oportunidades para que el bebé desarrolle el lenguaje por medio de intercambios con su cuidador (Molfese et al., 2010).[1]

Estos resultados contradictorios indican que, si bien los aspectos atencionales y emocionales del temperamento pueden desempeñar un papel en el fomento de las interacciones que mejoran el desarrollo del lenguaje, se necesitan más investigaciones para esclarecer la asociación entre la atención, la regulación de las emociones y el desarrollo de las competencias lingüísticas.[1]

Referencias

[1] Spinelli, M.; Fasolo, M.; Shah, P. E.; Genovese, G., & Aureli, T. (2018) The Influence of Early Temperament on Language Development: The Moderating Role of Maternal Input. CC BY.

19.7: Temperamento y desarrollo del lenguaje is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.8: Temperamento y personalidad posterior

Influencias continuas

Los padres contemplan los rostros de sus recién nacidos y se preguntan: "¿En qué tipo de persona se convertirá?". Escudriñan las preferencias, las características y las respuestas de su bebé en busca de indicios de una personalidad en desarrollo. El temperamento es una base para el crecimiento de la personalidad, pero no lo es todo. Aunque el temperamento tiene una base biológica, interactúa con la influencia de las experiencias desde el momento del nacimiento (si no antes) para conformar la personalidad (Rothbart, 2011). Las disposiciones del temperamento se ven afectadas por el nivel de apoyo de la atención de los padres, y la personalidad se forma por la bondad de ajuste entre las cualidades temperamentales del niño y las características del entorno (Chess & Thomas, 1999). Por ejemplo, una niña aventurera encontraría una buena adaptación y un apoyo al crecimiento de la personalidad con unos padres que la llevaran regularmente a excursiones de fin de semana y a pescar. Al igual que las demás facetas del desarrollo social, la personalidad es el resultado de la continua interacción entre la disposición biológica y la experiencia.

La personalidad se desarrolla a partir del temperamento de otras maneras (Thompson, Winer & Goodvin, 2010). A medida que los niños maduran biológicamente, las características temperamentales surgen y cambian con el tiempo. Un recién nacido no es capaz de tener mucho autocontrol, pero los cambios de autorregulación temperamental se hacen más notorios a medida que avanzan las capacidades de autocontrol del cerebro. Por ejemplo, un recién nacido que llora con frecuencia no tiene por qué tener una personalidad gruñona; con el tiempo, con el suficiente apoyo de los padres y con una mayor sensación de seguridad, el niño podría ser menos propenso a llorar.

La personalidad se compone de muchas otras características además del temperamento. La personalidad engloba el desarrollo del autoconcepto de los niños, sus motivaciones para tener logros o socializar, sus valores y objetivos, sus estilos de afrontamiento, su sentido de la responsabilidad y su concienciación, y muchas otras cualidades. Las disposiciones biológicas y las experiencias del niño con los demás (en especial en las relaciones cercanas) guían el desarrollo de las características individuales.

El desarrollo de la personalidad comienza con las bases biológicas del temperamento, pero se va elaborando, ampliando y refinando con el tiempo. El recién nacido al que sus padres miraron por primera vez se convierte en un adulto con profundidad y personalidad matizada.[1]

Referencias

[1] Thompson, R. (2022). Social and personality development in childhood CC BY-NC-SA. Los permisos más allá del alcance de esta licencia pueden estar disponibles en nuestro Acuerdo de licencia.

19.8: Temperamento y personalidad posterior is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.9: Conclusión

Conclusión del capítulo “Temperamento”

En psicología, el temperamento se refiere en general a las diferencias individuales constantes en el comportamiento de base biológica y es relativamente independiente del aprendizaje, de un sistema de valores y de las actitudes.[1] El temperamento no cambia drásticamente a medida que crecemos. Los rasgos positivos pueden potenciarse, y los negativos, canalizarse; sin embargo, es poco probable que cambie el estilo de reacción subyacente del niño. Si tenemos suerte, aprendemos a trabajar con nuestras cualidades temperamentales y a gestionarlas.[2]

Referencias

[1] Culture and Psychology de L. D. Worthy, T. Lavigne, & F. Romero tiene licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

[2] Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene licencia de CC BY- NC-SA 4.0.

19.9: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

19.10: Referencias

Baer, J., Schreck, M., Althoff, R. R., Rettew, D., Harder, V., Ayer, L., et al. (2015). Child temperament, maternal parenting behavior, and child social functioning. *J. Child Fam. Stud.* 24, 1152–1162. doi: 10.1007/s10826-014-9924-5

Bates, E., Bretherton, I., and Snyder, L. S. (1991). *From First Words to Grammar: Individual Differences and Dissociable Mechanisms*, Vol. 20. Cambridge: Cambridge University Press.

Bouchard, T. (1994). Genes, environment, and personality. *Science* 264, 1700-1701. doi: 10.1126/science.8209250 Canfield, C. F., and Saudino, K. J. (2016). The influence of infant characteristics and attention to social cues on early vocabulary. *J. Exp. Child Psychol.* 150, 112–129. doi: 10.1016/j.jecp.2016.05.005

Chess, S., & Thomas, A. (1999). *Goodness of fit: Clinical applications from infancy through adult life*. Nueva York, NY: Brunner-Mazel/Taylor & Francis.

Cloninger, R. C., Svrakic, D. M., and Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 975-990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008

Culture and Psychology de L. D. Worthy, T. Lavigne, & F. Romero tiene una licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, excepto donde se indique lo contrario.

Dixon, W. E., and Smith, P. H. (2000). Links between early temperament and language acquisition. *Merrill Palmer Q.* 46, 417-440.

Dixon, W. E., and Shore, C. (1997). Temperamental predictors of linguistic style during multiword acquisition. *Infant Behav. Dev.* 20, 99–103. doi: 10.1016/S0163-6383(97)90065-5

Fisher HE, Island HD, Rich J, Marchalik D and Brown LL (2015) Four broad temperament dimensions: description, convergent validation correlations, and comparison with the Big Five. *Front. Psychol*. 6:1098. **doi: 10.3389/fpsyg.2015.01098.** Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de **Creative Commons Attribution License (CC BY)**.

Gartstein, M. A., and Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behav. Dev.* 26, 64–86. doi: 10.1016/S0163-6383(02)00169-8

Human Development de Human Development Teaching & Learning Group tiene una licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, excepto donde se indique lo contrario.

Kubicek, L. F., and Emde, R. N. (2012). Emotional expression and language: a longitudinal study of typically developing earlier and later talkers from 15 to 30 months. *Infant Ment. Health J.* 33, 553-584. doi: 10.1002/imhj.21364

Laake, L. M., and Bridgett, D. J. (2014). Happy babies, chatty toddlers: infant positive affect facilitates early expressive, but not receptive language. *Infant Behav. Dev.* 37, 29–32. doi: 10.1016/j.infbeh.2013.12.006

Lieven, E. V. (1997). "Variation in a crosslinguistic context," en *The Cross-Linguistic Study of Language Acquisition: Expanding the Contexts*, Vol. 5, ed. D. I. Slobin (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum), 199-263.

Loehlin, J. C., McCrae, R. R., Costa, P. T., and John, O. P. (1998). Heritabilities of common and measure-specific components of the big five personality factors. *J. Res. Pers.* 32, 431–453. doi: 10.1006/jrpe.1998.2225

McNally, S., and Quigley, J. (2014). An Irish cohort study of risk and protective factors for infant language development at 9 months. *Infant Child Dev.* 23, 634–649. doi: 10.1002/icd.1861

Molfese, V. J., Rudasill, K. M., Beswick, J. L., Jacobi-Vessels, J. L., Ferguson, M. C., and White, J. M. (2010). Infant temperament, maternal personality, and parenting stress as contributors to infant developmental outcomes. *Merrill Palmer Q.* 56, 49-79. doi: 10.1353/mpq.0.0039

Morales, M., Mundy, P., Delgado, C. E., Yale, M., Neal, R., and Schwartz, H. K. (2000). Gaze following, Temperament, and language development in 6-month-olds: a replication and extension. *Infant Behav. Dev.* 23, 231–236. doi: 10.1016/S0163-6383(01)00038-8

Moreno, A. J., and Robinson, J. L. (2005). Emotional vitality in infancy as a predictor of cognitive and language abilities in toddlerhood. Infant Child Dev. 14, 383–402. doi: 10.1002/icd.406

Penela, E. C., Walker, O. L., Degnan, K. A., Fox, N. A., and Henderson, H. A. (2015). Early behavioral inhibition and emotion regulation: pathways toward social competence in middle childhood. *Child Dev.* 86, 1227–1240. doi: 10.1111/cdev.12384 Pérez-

Pereira, M., Fernández, P., Resches, M., and Gómez-Taibo, M. L. (2016). Does temperament influence language development? Evidence from preterm and full-term children. *Infant Behav. Dev.* 42, 11–21

Roberts, B. W., and DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. Psychol. Bull. 126, 3–25. doi: 10.1037/0033-2909.126.1.3

Robins, R. W. (2005). The nature of personality: Genes, culture, and national character. *Science* 310, 62-63. doi: 10.1126/science.1119736

Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 16, 207–212. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., and Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and Outcomes. *J. Pers. Soc. Psychol.* 78, 122–135. doi: 10.1037/0022-3514.78.1.122

Rubin, D. H., Crehan, E. T., Althoff, R. R., Rettew, D. C., Krist, E., Harder, V., et al. (2017). Temperamental characteristics of withdrawn behavior problems in children. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 48, 478–484. doi: 10.1007/s10578-016-0674-z

Salley, B., Panneton, R. K., and Colombo, J. (2013). Separable attentional predictors of language outcome. *Infancy* 18, 462– 489. doi: 10.1111/j.1532-7078.2012.00138.x

Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Hum. Dev.* 18, 65–79. doi: 10.1159/000271476 Slomkowski, C. L., Nelson, K., Dunn, J., and Plomin, R. (1992). Temperament and language: relations from toddlerhood to middle childhood. Dev. Psychol. 28, 1090–1095. doi: 10.1037/0012-1649.28.6.1090

Soderstrom, M. (2007). Beyond babytalk: re-evaluating the nature and content of speech input to preverbal infants. *Dev. Rev.* 27, 501-532. doi: 10.1016/j.dr.2007.06.002

Spinelli M, Fasolo M, Shah PE, Genovese G and Aureli T (2018) The Influence of Early Temperament on Language Development: The Moderating Role of Maternal Input. Front. Psychol. 9:1527. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01527. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de Creative Commons Attribution License (CC BY).

Terracciano, A., Abdel-Khalek, A. M., Ádám, N., Adamovová, L., Ahn, C. K., Ahn, H. N., et al. (2005). National character does not reflect mean personality trait levels in 49 cultures. *Science* 310, 96-100. doi: 10.1126/science.1117199

Thompson, R. (2022). Social and personality development in childhood. En R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology.* Champaign, IL: DEF publishers. Extraído de http://noba.to/gdqm6zvc Social and Personality Development in Childhood de Ross Thompson se encuentra bajo una licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. 4.0 International License. Los permisos que exceden el alcance de esta licencia pueden estar disponibles en nuestro Acuerdo de licencia.

Thompson, R. A. (2012). Whither the preconventional child? Toward a life-span moral development theory. *Child Development Perspectives*, 6, 423-429.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (30 de mayo de 2018). *Introduction to Temperament*. ECLKC. Se obtuvo el 18 de abril de 2022, de https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/mental...on-temperament y es de dominio público

Ullsperger, J. M., Nigg, J. T., and Nikolas, M. A. (2016). Does child temperament play a role in the association between parenting practices and child attention deficit/hyperactivity disorder? *J. Abnorm. Child Psychol.* 44, 167–178. doi: 10.1007/s10802-015-9982-1

Westerlund, M., and Lagerberg, D. (2008). Expressive vocabulary in 18-month-old children in relation to demographic factors, mother and child characteristics, communication style and shared reading. Child Care Health Dev. 34, 257–266. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00801.x

Wolfe, C. D., and Bell, M. A. (2007). The integration of cognition and emotion during infancy and early childhood: regulatory processes associated with the development of working memory. *Brain Cogn.* 65, 3–13. doi: 10.1016/j.bandc.2006.01.009

19.10: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

20: Influencias en el desarrollo

20.1: Introducción
20.2: Agentes de socialización y enculturación
20.2.1: Agentes de socialización y enculturación
20.2.1.1: Padres y familias
20.2.1.1.1: Teorías sobre la crianza de los hijos
20.2.1.2: Familias con menos recursos o apoyo económico
20.2.1.3: Bebés en régimen de parentesco o de acogida
20.3: Cómo proporcionar y apoyar un cuidado culturalmente sensible
20.4: Influencias del lenguaje, la cultura y los cuidados
20.5: Creación de relaciones parentales positivas con los cuidadores
20.6: Conclusión
20.7: Referencias

20: Influencias en el desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.1: Introducción

Introducción a las influencias en el desarrollo

Un programa de cuidado para bebés y niños pequeños es un sistema de relaciones (Rinaldi 2003). Dentro de este sistema, la relación entre la familia y el programa es clave para la relación del programa con el niño. Los niños no son islas: están íntimamente conectados con sus familias y culturas, influyen, aprenden y crecen a través de sus relaciones e interacciones con los demás. El niño aprende formas de ser, de comunicarse, de expresar ideas y sentimientos, y de establecer relaciones en su familia, su cultura y su comunidad. La familia aprende sobre el temperamento y la personalidad del niño, su nivel de energía, sus métodos de comunicación y sus estilos de aprendizaje. La influencia de la familia en el aprendizaje y el desarrollo de un bebé o niño pequeño supera todas las demás influencias.[1]

Las relaciones de un niño con los miembros de su familia determinan la forma en que experimenta las relaciones fuera del hogar. “Lo que los niños pequeños aprenden, cómo reaccionan ante los acontecimientos y las personas que los rodean, y lo que esperan de sí mismos y de los demás son rasgos que se ven profundamente afectados por sus relaciones con los padres, el comportamiento de estos y el entorno de los hogares en los que viven” (Shonkoff y Phillips 2000).[2]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

[2] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

20.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.2: Agentes de socialización y enculturación

La chica de la ventana

En el verano de 2005, el detective de la policía, Mark Holste, siguió a un investigador del Departamento de Niños y Familias hasta una casa en Plant City, Florida, para investigar la declaración de un vecino sobre una casa en mal estado en Old Sydney Road. Se observó a una niña pequeña que miraba desde una de sus ventanas rotas. El informe parecía extraño porque nadie en el vecindario había visto a una niña pequeña en la casa o en sus alrededores, que estaba siendo habitada por una mujer, su novio y dos hijos adultos durante los últimos tres años.

¿Quién era la chica misteriosa de la ventana?

Al entrar en la casa, el detective Holste y su equipo quedaron sorprendidos. Era el peor desorden que habían visto nunca, infestado de cucarachas, embadurnado de heces y orina tanto de personas como de animales domésticos, y lleno de muebles destartalados y cubiertas de ventanas raídas.

El detective Holste se dirigió a un pasillo y entró en una pequeña habitación. Encontró a una niña pequeña que miraba en la oscuridad con ojos grandes y vacíos. Un informe periodístico describió posteriormente el primer encuentro del detective con la niña: “Estaba tumbada en un colchón roto y mohoso en el suelo. Estaba acurrucada de lado. . . sus costillas y clavícula sobresalían. . . su pelo negro estaba enmarañado, lleno de piojos. Mordeduras de insectos, sarpullidos y llagas marcaban su piel. . . Estaba desnuda, excepto por un pañal hinchado. ... Su nombre, dijo su madre, era Danielle. Tenía casi siete años” (DeGregory 2008).

El detective Holste sacó inmediatamente a Danielle de la casa y la llevó a un hospital para que recibiera tratamiento médico y fuera evaluada. Mediante exhaustivas pruebas, los médicos determinaron que, aunque estaba gravemente desnutrida, Danielle podía ver, oír y vocalizar con normalidad. Sin embargo, no miraba a nadie a los ojos, no sabía masticar ni tragar alimentos sólidos, no lloraba, no respondía a los estímulos que suelen causar dolor y no sabía comunicarse ni con palabras ni con gestos sencillos como asentir con la cabeza. Asimismo, aunque las pruebas mostraban que no tenía enfermedades crónicas ni anomalías genéticas, la única forma en que podía ponerse de pie era con alguien que la sujetara de las manos, y “caminaba de lado sobre los dedos de los pies, como un cangrejo” (DeGregory 2008).

¿Qué le había pasado a Danielle? Simplemente, la negligencia. En el cuidado de Danielle solo se cumplían los requisitos básicos de supervivencia. Basándose en su investigación, los trabajadores sociales llegaron a la conclusión de que la habían dejado casi completamente sola en habitaciones como la que se encontró. Sin una interacción regular —las caricias, los abrazos, las charlas, las explicaciones y las demostraciones que se hacen a la mayoría de los niños pequeños—, no había aprendido a caminar ni a hablar, ni a comer ni a relacionarse, ni a jugar, ni siquiera a entender el mundo que la rodeaba. Desde el punto de vista sociológico, Danielle no había sido socializada.

La socialización es el proceso mediante el cual se enseña a las personas a ser miembros competentes de la sociedad. Describe cómo las personas llegan a comprender las normas y expectativas sociales, a aceptar las creencias de la sociedad y a ser conscientes de los valores sociales. La socialización no es lo mismo que socializar (interactuar con otros, como la familia, los amigos y los compañeros de trabajo); el primero es un proceso sociológico que se produce al socializar. Como ilustra la historia de Danielle, incluso las actividades humanas más básicas se aprenden. Tareas físicas como sentarse, ponerse de pie y caminar no se habían desarrollado automáticamente para Danielle, y sin socialización, Danielle no había aprendido algunas normas culturales materiales de su sociedad; por ejemplo, no podía sostener una cuchara, hacer rebotar una pelota o usar una silla para sentarse. Tampoco había aprendido sobre su cultura no material, como sus creencias, valores y normas. Danielle no entendía el concepto de familia ni conocía las expectativas culturales sobre el uso del baño para eliminar. Y lo que es más importante, no había aprendido a utilizar los símbolos que componen el lenguaje, a través de los cuales aprendemos quiénes somos, cómo encajamos con otras personas y sobre el mundo natural y social en el que vivimos.

Los sociólogos llevan mucho tiempo fascinados por circunstancias como la de Danielle —en la que un niño recibe suficiente apoyo humano para sobrevivir, pero prácticamente ninguna interacción social— porque ponen de manifiesto lo mucho que dependemos de la interacción social para obtener la información y las habilidades necesarias para formar parte de la sociedad o desarrollar un “yo”.[1]

La socialización se produce en sociedades grandes y pequeñas, complejas y sencillas, preindustriales e industriales. Sucede en Estados Unidos, Brasil, Arabia Saudí e Indonesia.[2] Las familias enseñan a los niños, directamente y con el ejemplo, cómo comportarse y cómo funciona el mundo. Las culturas eurocéntricas animan a los niños a utilizar normas socialmente esperadas

como el agradecimiento. Enseñan a los niños a vestirse de forma adecuada a la cultura en la que vive su familia. Introducen a los niños en las creencias religiosas y los rituales que las acompañan. Incluso enseñan a los niños a pensar y sentir. Esta forma de aprendizaje exclusivamente humana, en la que las herramientas culturales para el éxito se transmiten de una generación a otra, se denomina enculturación. Los agentes de enculturación son individuos e instituciones que dan forma a las adaptaciones individuales a una cultura específica para garantizar el crecimiento y la eficacia.[3]

Referencias

[1] Little and McGivern (nd) Introduction to Sociology - 1st Canadian Edition se encuentra bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International License

[2] Kuppens, S and Ceulemans, E. Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept Tiene licencia CC: BY

[3] Culture and Psychology de L D Worthy; T Lavigne; and F Romero tiene licencia CC BY-NC-SA

20.2: Agentes de socialización y enculturación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.2.1: Agentes de socialización y enculturación

Las fuentes institucionales de socialización y enculturación se denominan agentes de socialización. El primero de ellos, la familia, es, sin duda, el agente de socialización más importante para los bebés y los niños pequeños.[1]

El papel de la cultura

Las familias y sus niños están interconectados con las comunidades culturales. Cada familia tiene creencias, valores y expectativas arraigadas en tradiciones culturales que también reflejan perspectivas únicas de la familia. No hay dos familias que sigan las normas culturales exactamente de la misma manera, y la mayoría de las familias están conectadas e influenciadas por múltiples culturas. Williams and De Gaetano (1985) describen la cultura como una forma de vida de un grupo de personas, que incluye visiones compartidas del mundo y de las realidades sociales, valores y creencias, roles y relaciones, y patrones o normas de comportamiento. A través de la cultura, los niños adquieren un sentido de identidad, pertenencia y creencias sobre lo que es importante en la vida.[2]

Gran parte de los conocimientos culturales se transmiten de forma implícita. “Antes de comenzar la educación formal, los niños comienzan a adquirir competencias y habilidades que el grupo cultural considera importantes para la maduración y la independencia como adulto. A veces esto se transmite directamente a través de la enseñanza intencionada de la familia. Estas habilidades a menudo se absorben indirectamente a través de determinadas experiencias proporcionadas en la vida familiar. Por ejemplo, un niño mayor puede aprender a cuidar a uno más pequeño simplemente observando a su madre o a un hermano mayor”. [2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Introduction to Diversity Studies de Northeast Wisconsin Technical College se encuentra bajo una licencia CC BY-NC-CA

[2] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

20.2.1: Agentes de socialización y enculturación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.2.1.1: Padres y familias

Los más cercanos a nosotros

Las familias aportan rasgos y cualidades únicos a la relación de crianza, como la edad, la identidad de género, la personalidad, el historial de desarrollo, las creencias, los conocimientos sobre la crianza y el desarrollo infantil, y la salud mental y física de los padres. Las personalidades también afectan los comportamientos de los padres.[1] Las diferencias en el cuidado de los hijos reflejan las diferencias en los objetivos, valores, recursos y experiencias de los padres.[2] Los padres que son más afables, concienzudos y extrovertidos son más cálidos y proporcionan más estructura a sus hijos. Aquellos más afables, menos ansiosos y menos negativos apoyan la autonomía de sus hijos más que los padres ansiosos y menos afables.[3]

El historial de desarrollo de los padres (sus experiencias como niños) también afecta a las estrategias de crianza. Los padres pueden aprender las prácticas de crianza de sus padres; por ejemplo, aquellos padres que tuvieron padres que les proporcionaron supervisión, disciplina consistente y apropiada para la edad y calidez son más propensos a proporcionar esta crianza constructiva a sus hijos (Kerr, Capaldi, Pears, & Owen, 2009). Los patrones de crianza negativa y disciplina ineficaz también aparecen de una generación a otra.[1] Independientemente de las elecciones específicas de los padres, las familias desempeñan un papel fundamental en la exposición del niño al aprendizaje cultural temprano. Muchos investigadores creen que los padres/familias son el agente de enculturación más importante en la vida de cualquier niño.[2]

Funciones familiares

Muchas funciones familiares reflejan las tareas, los objetivos y las responsabilidades de los padres. Es importante entender cómo las funciones de la familia y las tareas de crianza se influyen mutuamente. A continuación, se presenta una lista de funciones familiares un tanto universales (casi todas las familias del mundo tienen algunas de ellas en común).[1]:

- Apoyo económico: proporcionar las necesidades básicas, como comida, refugio, ropa, etc.
- Apoyo emocional: proporcionar amor, consuelo, intimidad, compañía, crianza, pertenencia, etc.
- Socialización de los niños: educar, criar, ayudar a los niños a funcionar lo mejor posible dentro de su sociedad. Control de la sexualidad: definir y gestionar cuándo y con quién (por ejemplo, el matrimonio) se produce la sexualidad.
- Procreación: contribuir a la continuación de la sociedad y de la descendencia.
- Estatus atribuido: proporcionar una identidad social (por ejemplo, clase social, raza, etnia, parentesco, religión, etc.) (Hammond, Cheney, Pearsey, 2015).

Aunque algunas prioridades de crianza son culturalmente universales, muchos valores y hábitos de crianza son específicos de cada cultura. Las influencias específicas de cada cultura en las opciones de cuidado pueden ser sutiles o manifiestas y promover una narrativa de lo que los padres “deberían” hacer para criar a sus hijos con éxito. Por ejemplo, a los padres estadounidenses se les anima a cultivar el sentido de la independencia y la asertividad en los niños, mientras que los padres japoneses priorizan el autocontrol, la madurez emocional y la interdependencia (Bornstein, 2012). Todas las sociedades esperan que los cuidadores, como agentes de enculturación, eduquen a sus hijos de forma que promuevan los objetivos y expectativas específicos de su cultura. [2]

Referencias

[1] Parenting and Family Diversity Issues de Diana Lang and Marissa L. Diener se encuentra bajo una licencia CC BY-NC-SA

[2] Culture and Psychology de L D Worthy; T Lavigne; and F Romero tiene licencia CC BY-NC-SA

[3] Parenting and Family Diversity Issues de Diana Lang and Marissa L. Diener se encuentra bajo una licencia CC BY-NC-SA

[4] Kuppens, S and Ceulemans, E. Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept tiene licencia CC: BY

[5] Child Characteristics es una adaptación de “*The Developing Parent*The Developing Parent“ de Marisa Diener, con licencia CC BY NC SA

[6] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

20.2.1.1: Padres y familias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.2.1.1.1: Teorías sobre la crianza de los hijos

Teorías sobre la crianza de los hijos

La crianza de los hijos ha sido objeto de gran atención por parte de los investigadores en diversos ámbitos científicos. Muchas teorías subrayan el rol vital de la crianza en el desarrollo del niño. Cuando se estudia la crianza de los hijos, los investigadores utilizan diferentes estrategias teniendo en cuenta las prácticas, las dimensiones o los estilos de crianza. Las prácticas de crianza pueden definirse como comportamientos específicos directamente observables que los padres utilizan para socializar con sus hijos (Darling y Steinberg 1993). Por ejemplo, las prácticas de crianza destinadas a promover el rendimiento académico muestran la participación mediante la asistencia a las reuniones de padres y profesores o la supervisión regular de las tareas para el hogar de los niños. Otras prácticas de crianza incluyen el refuerzo positivo, la disciplina o la resolución de problemas.

En lugar de centrarse en prácticas de crianza específicas, otros investigadores identificaron las dimensiones de crianza generales que se observan en el modelado de las relaciones. La mayoría de los científicos están de acuerdo en, al menos, dos grandes dimensiones de la crianza de los hijos, denominadas apoyo parental y control parental. El apoyo parental es la naturaleza afectiva de la relación padre-hijo, indicada al demostrar participación, aceptación, disponibilidad emocional, calidez y capacidad de respuesta (Cummings *et al*. 2000). La dimensión del apoyo parental se ha relacionado con resultados positivos en el desarrollo de los niños, como la prevención del abuso del alcohol y la desviación (Barnes y Farrell 1992), la depresión y la delincuencia (Bean *et al*. 2006), y el comportamiento problemático externalizado (Shaw *et al*. 1994).[1]

La dimensión conductual de control parental consiste en el comportamiento de crianza que intenta controlar, gestionar o regular el comportamiento del niño, ya sea mediante la imposición de exigencias y normas, estrategias disciplinarias, control de recompensas y castigos, o mediante funciones de supervisión (Barber 2002; Maccoby 1990; Steinberg 1990). Se considera que un control adecuado del comportamiento afecta positivamente al desarrollo del niño. Por el contrario, un control conductual insuficiente (por ejemplo, una mala supervisión de los padres) o excesivo (por ejemplo, el castigo físico de los padres) se ha asociado comúnmente con resultados negativos en el desarrollo de los niños, como el comportamiento desviado, la mala conducta, la depresión y la ansiedad (por ejemplo, Barnes y Farrell 1992; Coie and Dodge 1998; Galambos et al. 2003; Patterson et al. 1984). Este control conductual de los padres se refiere al control sobre el comportamiento del niño; el control psicológico de los padres se refiere al intento de estos de manipular los pensamientos, las emociones y los sentimientos de los niños (Barber 1996; Barber et al. 2005). Debido a la naturaleza manipuladora e intrusiva del control psicológico, este tipo de control se ha asociado casi exclusivamente a resultados negativos del desarrollo en niños y adolescentes, como la depresión, el comportamiento antisocial y la regresión relacional (por ejemplo, Barber y Harmon 2002; Barber et al. 2005). Las tres dimensiones de la crianza (apoyo, control psicológico y control conductual) han sido etiquetadas como conceptos distintos que están interrelacionados. (Barber et al. 2005; Soenens et al. 2012).[1]

Otros investigadores han adoptado un enfoque diferente en el estudio de la crianza, haciendo hincapié en que las combinaciones específicas de las prácticas de crianza influyen en el desarrollo del niño en lugar de las prácticas o dimensiones de crianza por separado (por ejemplo, Baumrind 1991; Maccoby and Martin 1983). Este enfoque examina qué patrones de prácticas de crianza se dan en un mismo progenitor y cómo estos patrones —comúnmente etiquetados como estilos de crianza— se relacionan con el desarrollo de los niños. El enfoque se centra en las configuraciones dentro de los individuos en lugar de centrarse en las variables que se enfocan en las relaciones entre los individuos (Magnusson 1998).[1]

Estilos de crianza de Baumrind

Baumrind (1966, 1967, 1971) es una pionera de la investigación sobre los estilos de crianza. Introdujo tres estilos de crianza para describir las diferencias en los comportamientos típicos (ella utilizó el término “normal”) de los padres: los estilos de crianza autoritario, democrático y permisivo. Baumrind (1971) sugirió que los padres autoritarios tratan de moldear, controlar y evaluar el comportamiento de sus hijos basándose en un conjunto absoluto de normas. En cambio, los padres permisivos son más cálidos, menos controladores y conceden más autonomía. Baumrind consideraba que un estilo de crianza democrático se situaba entre esos dos extremos.

Maccoby and Martin: Demandingness and Responsiveness

En la década de los ochenta, Maccoby y Martin (1983) intentaron tender un puente entre los estilos de Baumrind y las dimensiones de la crianza, centrando sus esfuerzos de investigación principalmente en la configuración de los estilos de crianza. Basándose en la combinación de dos dimensiones —exigencia y capacidad de respuesta— definieron cuatro estilos de crianza: democrático (es

decir, alta exigencia y alta capacidad de respuesta); autoritario (es decir, alta exigencia y baja capacidad de respuesta); indulgente (es decir, baja exigencia y alta capacidad de respuesta); y negligente (es decir, baja exigencia y baja capacidad de respuesta). Estas dimensiones de la crianza de los hijos son similares al apoyo y control conductual de los padres. Basándose en el trabajo de Maccoby y Martin, Baumrind (1989, 1991) amplió su clasificación con un cuarto estilo de crianza: el estilo de crianza negligente. [1]

Este trabajo demostró sistemáticamente que los hijos de padres democráticos tenían los resultados de desarrollo más favorables; las crianzas autoritaria y permisiva se asociaron a efectos negativos en el desarrollo, mientras que los resultados de los hijos de padres negligentes fueron los más deficientes. Otros investigadores también han reproducido estas asociaciones.

- El estilo de crianza democrático se asocia a resultados positivos en el desarrollo de los jóvenes, como la competencia psicosocial (por ejemplo, la maduración, la resiliencia, el optimismo, la autoconfianza, la competencia social, la autoestima) y el rendimiento académico (por ejemplo, Baumrind 1991; Lamborn et al. 1991; Steinberg et al. 1994).
- Los hallazgos relativos a la crianza permisiva/indulgente han dado lugar a asociaciones inconsistentes con el comportamiento problemático internalizado (es decir, ansiedad, depresión, comportamiento retraído, quejas somáticas) y externalizado (es decir, mala conducta escolar, delincuencia), y también con las habilidades sociales, la autoconfianza, la autocomprensión y el afrontamiento activo de los problemas (por ejemplo, Lamborn et al. 1991; Steinberg et al. 1994; Williams et al. 2009; Wolfradt et al. 2003).
- Un estilo de crianza autoritario se ha asociado sistemáticamente a resultados adversos en el desarrollo, como la agresión, las conductas delictivas, las quejas somáticas, la despersonalización y la ansiedad (por ejemplo, Hoeve et al. 2008; Steinberg et al. 1994; Williams et al. 2009; Wolfradt et al. 2003).
- Los hijos de padres negligentes han mostrado los resultados menos favorables en múltiples dominios, como la falta de autorregulación y responsabilidad social, la escasa autoconfianza y competencia social, la escasa competencia escolar, el comportamiento antisocial y la delincuencia, la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas (por ejemplo, Baumrind 1991; Hoeve et al. 2008; Lamborn et al. 1991; Steinberg et al. 1994).[1]

Críticas a Baumrind

Aunque las clasificaciones de Baumrind han influido mucho en la investigación sobre la crianza de los hijos, hay tres cuestiones que se han pasado por alto. Ahora veremos las dos primeras y más adelante exploraremos la influencia de la cultura. La primera cuestión se refiere a la dimensión de control psicológico, que actualmente se considera la tercera dimensión de la crianza. Inicialmente, Baumrind prestó poca atención al papel del control psicológico porque su dimensión de control se refería únicamente a las prácticas de socialización de los padres destinadas a integrar al niño en la familia y la sociedad (Darling and Steinberg 1993). En sus trabajos posteriores (1971, 1989, 1991), Baumrind incorporó aspectos del control psicológico. Investigaciones limitadas (por ejemplo, Pereira et al. 2008; Wolfradt et al. 2003) han identificado cuatro estilos de crianza que coinciden con estilos teóricamente distintos. Dentro de estos estilos de crianza, el control psicológico coincidió con los niveles de control conductual en el estilo de crianza autoritario.

Cuando los estilos de crianza no coinciden en una familia

La investigación existente proporciona poca información sobre la coexistencia de diferentes estilos de crianza y su impacto colectivo en el desarrollo del niño. Aunque Baumrind incluyó a ambos padres en sus estudios, asignó un estilo de crianza predefinido a cada uno por separado. En algunos estudios (1991), los datos se limitaron a las madres cuando a ambos padres se les asignó un estilo de crianza diferente; en otros (1971), se excluyeron por completo las familias. Baumrind, junto con la investigación general sobre los estilos de crianza, prestó menos atención al impacto de los estilos de crianza conjunta en el desarrollo infantil (Martin et al. 2007; McKinney and Renk 2008; Simons and Conger 2007). Los niños de los hogares biparentales/de dos unidades están influidos por las prácticas combinadas de varias personas (Martin et al. 2007), y algunos estudios han demostrado que los miembros de la familia pueden diferir en sus estilos de crianza (Conrade and Ho 2001; McKinney and Renk 2008; Russell et al. 1998). Cuando la investigación considera cómo se combinan los estilos de crianza de las familias, se ajusta más a las experiencias reales de los niños que crecen en hogares biparentales. Solo este tipo de enfoque puede arrojar luz sobre los posibles efectos en el desarrollo (Martin et al. 2007). Por ejemplo, Simons y Conger (2007) descubrieron que tener dos padres democráticos se asociaba a los resultados más favorables en los adolescentes; además, el estilo de crianza democrática de uno de los padres generalmente amortiguaba el estilo de crianza menos eficaz del otro. Del mismo modo, McKinney y Renk (2008) sugirieron que, en la adolescencia tardía, percibir a uno de los padres como democrático mientras el otro ofrecía un estilo de crianza diferente amortiguaba en parte los problemas de ajuste emocional.[1]

Cultura y estilos de crianza: Lo que faltó en la teoría de Baumrind

Varios estudios demuestran la influencia de la cultura en las prácticas de crianza (Nair and Murray, 2005) y la autoridad de los padres y las relaciones familiares tras las diferencias culturales o de género (Zhang, 2006). Algunas investigaciones sugieren que la influencia de los estilos de crianza difiere entre los grupos étnicos (Dwairy M., 2004a,b). La autoridad de los padres depende de varios factores, como el contexto social, las clases sociales y las culturas. La cultura puede afectar a las funciones y al control materno y paterno (Albert, Trommsdorff and Mishra, 2004). Algunas investigaciones han encontrado que el control materno da la sensación de seguridad y aceptación a los adolescentes indios, pero no a los alemanes (Eman y Abdel, 2017). Mientras que a muchos niños criados en culturas euroamericanas les va mal con un exceso de rigor (crianza autoritaria), los niños criados en culturas chinas suelen tener un buen rendimiento, especialmente académico (Chao, R. K. (1994). Rozumah (2009) sostiene que los estilos de crianza dependen del contexto cultural de la sociedad y afirma que las culturas asiáticas son más colectivistas que las sociedades occidentales: los resultados de la crianza valorados en los grupos colectivistas pueden constituir la base de la crianza autoritaria y ser considerados más apropiados en comparación con otros estilos de crianza. Estos resultados son coherentes con los resultados

anteriores que se han registrado entre los palestinos de Israel (Dwairy M., 2004a, b), pero parecen contradecir otras conclusiones relativas a un mayor rigor y opresión hacia las mujeres que hacia los hombres en las sociedades árabes (The Arab Woman Developmental Report, 2003). En un estudio sobre los estilos de crianza en los adolescentes egipcios (Dwairy and Menshar, 2006), los investigadores descubrieron que los estilos entre los árabes no son tan distintos como en Occidente. Los tres estilos de crianza originales no se encuentran en un continuo lineal en el que los estilos autoritario y permisivo existen en puntos de ambos lados. Muchos estudios que utilizan los prototipos de crianza de Baumrind encontraron que la mayoría de sus muestras no encajan en ninguno de los cuatro estilos [Marcus (1990), Kim and Rohner, (2002)] (Eman and Abdel, 2017).

Influencias de las características del niño

La crianza de los hijos es bidireccional. No solo los padres y cuidadores afectan a sus hijos, sino que los niños influyen en sus padres o tutores. [2] Las características de un niño, como la identidad de género, el orden de nacimiento, el temperamento y el estado de salud, pueden afectar los comportamientos y roles de crianza. Por ejemplo, un bebé con un temperamento fácil podría hacer que las familias se sientan más eficaces, ya que pueden calmarlo fácilmente y provocar sonrisas y arrullos. Por otro lado, un bebé malhumorado o inquieto puede provocar menos reacciones positivas en la familia y puede hacer que los padres se sientan menos eficaces. (Eisenberg et al., 2008) Con el tiempo, los padres y las familias de los niños más difíciles pueden volverse más punitivos y menos pacientes con sus hijos (Clark, Kochanska, & Ready [2000] Kiff, Lengua, & Zalewski [2011]). Muchos padres que tienen un hijo difícil y quisquilloso están menos satisfechos con sus relaciones y tienen más dificultades para conciliar los roles laborales y familiares (Hyde, Else-Quest, & Goldsmith, 2004).Por lo tanto, el temperamento infantil es una de las características que influye en el comportamiento de los padres y las familias con sus hijos. Las investigaciones también demuestran que algunos padres hablan de forma diferente con sus hijos en función de su identidad de género, por ejemplo, dan más explicaciones científicas a sus hijos varones y utilizan más palabras de emoción con sus hijas mujeres (Crowley, Callanan, Tenenbaum & Allen, 2001).[3]

Influencias de las estructuras familiares

La familia es fundamental en la vida de los niños, ya que estos aprenden sobre sí mismos y sobre el mundo que los rodea a través de las experiencias con sus familias. El término “miembro de la familia” se utiliza aquí para definir a las personas principalmente responsables de un niño, incluidos los padres, los miembros de la familia extensa, los tutores y las familias de acogida. Las estructuras, los procesos y las funciones familiares deben evaluarse para comprender el papel de los miembros de la familia en los resultados del niño (Hammond, Cheney and Pearson, 2015).[3]

Las “estructuras familiares” delimitan los miembros del hogar relacionados por lazos sanguíneos o legales; este concepto suele suponer que hay al menos un niño menor de 18 años que reside en el hogar. Entre las estructuras específicas se encuentran las biparentales, las monoparentales y en las que el menor no vive con ninguno de los progenitores (por ejemplo, abuelos u otros parientes que crían a un niño, familias que proporcionan cuidados de acogida o niños que viven en entornos institucionalizados), las familias mixtas, las monoparentales más las familias con pareja (parejas que cohabitan, por ejemplo), las familias multigeneracionales, las familias binucleares y las familias adoptivas.

La Oficina del Censo de EE. UU. utiliza estas definiciones de estructuras familiares:

- Familia nuclear: un niño vive con dos padres casados y emparentados biológicamente y solo con sus hermanos plenos, si los hay.

- Familias de convivencia: el padre o la madre del niño vive con, al menos, un adulto del sexo opuesto que no tiene parentesco. Este adulto adicional puede ser o no el padre biológico del niño.
- Familias que conviven o se casan con personas del mismo sexo: el padre o la madre de un niño vive con, al menos, un adulto del mismo sexo sin parentesco. El adulto adicional puede ser o no el padre biológico del niño.
- Familias compuestas o mixtas (términos utilizados indistintamente): niños que viven en un hogar formado por un nuevo matrimonio que da lugar a que los niños vivan con uno o ningún padre biológico. La presencia de un padrastro o madrastra, hermanastro o medio hermano designa a una familia como mixta (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2019).[1]

Los cuidadores de bebés y niños pequeños deben conocer la diversidad de la estructura y los roles de la familia del niño a la hora de acoger a los niños y a sus familias en el programa. Henderson y Mapp (2002, 10) destacan la importancia de la familia al reconocer que "todos los miembros de la familia, hermanos, abuelos, tíos y parientes afectivos que pueden ser amigos o vecinos a menudo contribuyen de manera significativa a la educación y el desarrollo de los niños". Es esencial que las familias den información sobre las personas importantes y sus relaciones entre sí y con el niño. Preguntas como "¿Qué me puedes decir sobre tu familia?" y "¿Quiénes son las personas importantes en la vida de tu hijo?" tendrán más valor que "¿Cómo se llama la madre?" y "¿Cómo se llama el padre?". El cuidado centrado en la familia también reconoce el papel del maestro y del programa para ayudar a crear redes y comunidades sostenibles de apoyo a las familias. Estas comunidades pueden apoyar a las familias años después de dejar el programa para bebés y niños pequeños.[5]

Referencias

[1] Kuppens, S and Ceulemans, E. Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept tiene licencia CC: BY

[2] Child Characteristics es una adaptación de "*The Developing Parent*The Developing Parent" de Marisa Diener, con licencia CC BY NC SA

[3] Parenting and Family Diversity Issues de Diana Lang and Marissa L. Diener se encuentra bajo una licencia CC BY-NC-SA

[4] Culture and Psychology de L D Worthy; T Lavigne; and F Romero tiene licencia CC BY-NC-SA

[5] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

---

20.2.1.1.1: Teorías sobre la crianza de los hijos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.2.1.2: Familias con menos recursos o apoyo económico

Pobreza

La pobreza es un fenómeno multidimensional, relacional y dinámico, claramente ilustrado a través de muchas definiciones e indicadores generados durante los últimos 200 años por disciplinas como la economía, la sociología, la ciencia política y la antropología (Spicker et al., 2006). En general, hay tres enfoques principales para considerar la pobreza: (a) como una condición material en la que las necesidades, un patrón de privaciones y el acceso limitado a los recursos son los principales componentes; (b) como una circunstancia económica, en la que los niveles de vida, la desigualdad y la posición económica son los principales componentes; y (c) como una circunstancia social, en la que la falta de seguridad básica, la exclusión, la dependencia y la clase social son los componentes más referidos.[1]

La bibliografía contemporánea en torno a la pobreza sugiere que los factores de protección/riesgo más importantes son los siguientes:

- salud materna prenatal (por ejemplo, nutrición, exposición a medicamentos y agentes tóxicos ambientales, factores de estrés)
- salud perinatal (por ejemplo, prematuridad, peso al nacer);
- calidad del apego temprano;
- factores de estrés ambiental en el hogar y la escuela;
- estilos de crianza y cuidado;
- estimulación temprana cognitiva y de aprendizaje en el hogar, en los centros de atención y en las escuelas;
- salud mental de los padres y los maestros;
- trastornos del desarrollo;
- estrés financiero familiar;
- acceso a la seguridad social y a los sistemas sanitarios; recursos comunitarios;
- falta de movilidad social;
- la crisis social, política y económica;
- expectativas familiares, sociales y culturales sobre el desarrollo infantil (por ejemplo, discriminación, estigmatización, exclusión);
- desastres naturales (Bradley and Corwyn, 2002; Yoshikawa et al., 2012; Lipina, 2015; Ursache and Noble, 2016).

Además, la evidencia sugiere que las influencias de la pobreza en el desarrollo cognitivo se deben a la compilación de factores de riesgo, el acompañamiento de adversidades, la susceptibilidad del individuo a los entornos familiares y sociales, y la duración de la exposición (NICHD Early Child Care Research Network, 2005; McLaughlin et al., 2014; Wagmiller, 2015).[1]

Desde mediados del siglo XX, varios investigadores diseñaron y aplicaron diferentes programas de intervención para reducir los impactos negativos de la pobreza en la regulación cognitiva y emocional. Estos esfuerzos han surgido simultáneamente en el ámbito de las humanidades, las ciencias sociales y la salud. Este tipo de programa de intervención demuestra que, dada la naturaleza multidimensional de la pobreza y el desarrollo infantil, cualquier intervención destinada a optimizar las condiciones y oportunidades de desarrollo de los niños que viven en la pobreza requiere el mismo tipo de complejidad. Se trata de diseñar múltiples módulos de intervención que incorporen acciones para los niños, las familias, los maestros, las organizaciones civiles y los gobiernos, y de desarrollar una auténtica integración de diferentes perspectivas conceptuales y metodológicas.[1]

Los derechos a una alimentación adecuada, a la vivienda, a la educación y a la atención sanitaria se enumeran en la Asamblea General de la ONU (1948, §§25-26). Estos derechos son impugnados en diferentes sistemas políticos y contextos culturales en los que se suelen negar estos derechos como una responsabilidad social y, en cambio, se explica la pobreza como un fallo personal de la persona afectada (por ejemplo, Feagin, 1972, 1975, y la revisión de Hunt and Bullock, 2016). La pobreza no se considera universalmente como un acceso desigual a las prestaciones sociales. Estos puntos de vista individualistas son comunes en América del Norte y América del Sur, donde el problema de la pobreza es inmenso, en comparación con el oeste y el norte de Europa, donde los puntos de vista sociales sobre la pobreza son más dominantes. Los países y los sistemas políticos que aceptan estos derechos como una responsabilidad social compartida se encuentran entre los países que más éxito tienen en la lucha contra la pobreza, la violencia social y la inseguridad [por ejemplo, los países escandinavos (véase Eurostat, o World Bank Global Poverty Overview)]. [1]

Las pruebas de la neurociencia hacen absurda la forma individualista de explicar la pobreza como un fracaso personal. Por ejemplo, un bebé no elige el contexto social en el que nacerá. Cuando se impide que el cerebro del bebé se desarrolle de forma saludable

debido a la pobreza y a las condiciones sociales circundantes (falta de alimentación adecuada, vivienda, guardería, escolarización, atención sanitaria, etc.), no se trata de un fracaso personal. Los padres no pueden ser totalmente responsables de un entorno que no proporciona a cada niño los medios para un desarrollo saludable. Las pruebas neurocientíficas revelan cómo la pobreza puede vulnerar los derechos humanos y cómo puede impedir la posibilidad de que un niño disfrute de ellos. Es un descubrimiento crucial de cómo la pobreza puede causar problemas en los propios requisitos para alcanzar el desarrollo.[1]

Referencias

[1] Lipina SJ and Evers K (2017) Neuroscience of Childhood Poverty: Evidence of Impacts and Mechanisms as Vehicles of Dialog With Ethics tiene licencia CC BY

20.2.1.2: Familias con menos recursos o apoyo económico is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.2.1.3: Bebés en régimen de parentesco o de acogida

Otros tipos de atención

El acogimiento familiar es un sistema en el que un menor es colocado en una vivienda colectiva (comunidad de cuidado infantil residencial, centro de tratamiento, etc.), o en el hogar privado de un cuidador certificado por el estado (denominado padre de acogida), o con un miembro de la familia aprobado por el estado. La colocación del niño suele organizarse a través del gobierno o de una agencia de servicios sociales. La institución, la vivienda colectiva o los padres de acogida suelen recibir compensación por los gastos, a menos que el niño sea colocado con un miembro de la familia (Wikipedia, 202).[1]

El sistema de acogida ha existido durante años. Según la Asociación Nacional de Padres de Acogida, el sistema de acogida de Estados Unidos se desarrolló a partir de la Ley de Pobres inglesa de 1562. Esta ley establecía que los niños de hogares pobres entrarían en los servicios de servidumbre por contrato hasta que alcanzaran una edad en la que pudieran cuidar de sí mismos. Los niños en régimen de acogida suelen sufrir algún tipo de abuso o negligencia, y el riesgo de que se repitan los abusos es muy alto. El acogimiento familiar se considera una intervención a corto plazo y suele ser el último recurso: inmediatamente después de la remoción, se intenta la reunificación para devolver al niño a su familia.[2]

Las perturbaciones en la familia y el cambio de escuela son factores que afectan a los niños en régimen de acogida más que a sus compañeros (Tordön, et al. 2020). Los resultados indican que los niños expuestos a experiencias adversas en la primera infancia en general (Minnis, Rabe-Hesketh, and Wolkind,n. d.) y, más concretamente, los niños acogidos tienen un mayor riesgo de sufrir dificultades de apego (Minnis, Everett, Pelosi, Dunn, and Knapp, 2006; Boris, Hinshaw-Fuselier, Smyke, Scheeringa, Heller, and Zeanah, 2004). Las dificultades de apego se han relacionado con otros problemas de salud mental entre los niños acogidos y adoptados [Millward, Kennedy, Towlson, and Minnis, 2006; Kočovská et al., 2012] (Lehmann, Havik, and Havik, 2013). En un estudio de Lewis et al. (2007) sobre niños adoptados con y sin experiencia de inestabilidad en la colocación, los autores encontraron asociaciones entre la inestabilidad en las primeras colocaciones y los efectos adversos en el desarrollo socioemocional (Tordön et al., 2020).

Los niños colocados en hogares de acogida también están expuestos a una serie de otros factores de riesgo (Rutter, 1998). Las experiencias adversas en la infancia, como el maltrato psicológico y físico y la negligencia, el abuso de sustancias por parte de los padres y las enfermedades mentales, aumentan el riesgo de padecer problemas de salud física y mental y conductas de riesgo para la salud (Repetti, Taylor and Seeman, 2002; Essex, Klein, Miech and Smider, 2001; Felitti et al., 1998; Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb and Janson, 2009; Turner, Finkelhor and Ormrod, 2006; Flaherty and Sege, 2005). La edad avanzada en el momento de la colocación, los cambios frecuentes de colocación, el número de colocaciones y los acontecimientos adversos persistentes después de la colocación suponen riesgos adicionales para estos niños (Tarren-Sweeney, 2008; Jones et al., n. d.). Sin embargo, pocos estudios han examinado si dichos factores de riesgo muestran asociaciones específicas con determinados tipos de trastornos mentales [McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003] (Lehmann, Havik, and Havik et al., 2013).

Referencias

[1] Parenting and Family Diversity Issues de Diana Lang and Marissa L. Diener se encuentra bajo una licencia CC BY-NC-SA

[2] Gladden, J. (2021). Child Welfare and Foster Care. En *Introduction to Social Work*, ensayo, Ferris State University tiene una licencia CC BY

20.2.1.3: Bebés en régimen de parentesco o de acogida is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.3: Cómo proporcionar y apoyar un cuidado culturalmente sensible

Atención culturalmente sensible

El enfoque de una persona en la crianza de bebés y niños pequeños refleja sus valores. “Todos los aspectos de la forma en que los padres y los maestros cuidan, educan y piensan en los niños pequeños están arraigados en las perspectivas y creencias culturales. Cómo responde cuando los niños lloran, cómo decide que es hora de comer, qué define como sano y como enfermo, cuál cree que es la ropa apropiada para vestir, cómo expresa el amor, qué espera hacer por los niños y qué espera que hagan por sí mismos son ejemplos de las millones de formas en que la cultura afecta lo que somos como personas, padres y maestros” (Keyser, 2017). Los valores conocidos pueden considerarse naturales, mientras que los desconocidos pueden sentirse diferentes o equivocados. Las interacciones que implican normas culturales diferentes pueden crear sentimientos de confusión, incomodidad, curiosidad y juicio, ya que cada persona suele considerar que sus normas son “correctas”. Cuando los niños entran en el centro de cuidado, ellos y sus familias pueden estar atravesando un contexto cultural desconocido. Durante este proceso, los cuidadores deben mantener una actitud abierta e interesada con cada individuo y su familia para aprender sobre su cultura única.

Supongamos que un cuidador de bebés o niños pequeños empieza a sentirse incómodo con las prácticas de una familia con su hijo o con la petición de la familia de un determinado tipo de cuidados. Esto supone una oportunidad para que el cuidador piense en sus valores, en las influencias culturales y en cómo los valores de la familia pueden ser igualmente importantes y relevantes en su contexto cultural. Al aprender sobre otras culturas, es importante suspender el juicio: separar la comprensión de las culturas de los juicios sobre sus valores. “Si los juicios de valores son necesarios, como suelen serlo, estarán mucho mejor informados si se suspenden el tiempo suficiente para obtener cierta comprensión de los patrones involucrados en las formas familiares de uno, así como en las formas, a veces sorprendentes, de otras comunidades” (Rogoff, 2003). Si los maestros utilizan estas situaciones para crecer en la comprensión y apreciación de las múltiples perspectivas, comprenderán más profundamente sus propias influencias culturales y las de los demás.[1]

Aprender sobre las culturas de los demás requiere tiempo, interés, respeto, comunicación y observación. Dado que muchas creencias culturales se aprenden de forma implícita, es posible que los cuidadores de bebés y niños pequeños no tengan experiencia en articularlas. Cuando un padre o madre levanta a su hijo de la manta y lo entrega para despedirse, es posible que no pueda verbalizar “me siento más cómodo sabiendo que le estoy dando físicamente a mi bebé para que lo cuide cuando me vaya. No puedo simplemente irme cuando está solo en el piso”. Esto crea una oportunidad para que un cuidador de bebés y niños pequeños capte la señal de los padres y sostenga al bebé para despedirse o les pregunte a los padres la próxima vez “¿Quieres que sostenga a Leo para que se despida de usted?”. Cuando las guarderías piden a los padres que escriban sus prácticas culturales en los formularios de admisión, a menudo no saben qué escribir o qué significa. Una forma eficaz de conocer y descubrir las prácticas culturales es preguntar a los padres sobre las rutinas familiares e indagar con respeto si las rutinas son diferentes de la cultura de aprendizaje y atención temprana (Tonyan, 2015).[1]

La profesión de la primera infancia en los Estados Unidos ha hecho hincapié históricamente en que los niños pequeños se encaminen hacia la independencia y se los anime a cuidar de sí mismos lo antes posible. Animar a los bebés más grandes a alimentarse por sí mismos refleja el énfasis de la profesión en la independencia, mientras que muchas familias valoran más la interdependencia que la independencia. Este valor puede observarse en las formas en que se enseña a los niños a ayudarse mutuamente y a respetar las necesidades de los demás (como permanecer sentado a la mesa hasta que todos hayan terminado). Los programas de aprendizaje y atención temprana han comenzado a modificar las prácticas y políticas de los programas para incorporar los conceptos de interdependencia e independencia en la red del cuidado.[1]

En circunstancias en las que un cuidador de bebés o niños pequeños no puede incorporar la petición o preferencia de la familia en cuanto a los cuidados en las prácticas del centro, todavía es posible demostrar respeto por la cultura de la familia. Por ejemplo, un cuidador puede decir al niño: “Sé que te encanta dormir en tu columpio en casa. Tu padre me ha dicho que estás muy contento durmiendo allí. En la escuela, también te ayudaré a dormir la siesta. Podemos mecernos un poco, y luego te pondré en tu cómoda cama y te acariciaré la espalda”. El cuidador puede decirle al padre: “Gracias, Tomás, por informarme de cómo ayuda a Benji a dormir en casa. Puede que le lleve unos días aprender una nueva forma de dormir aquí, pero me aseguraré de ayudarlo con un poco de balanceo extra para que no se sienta tan diferente, y podremos comprobar cada día cómo va”.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

20.3: Cómo proporcionar y apoyar un cuidado culturalmente sensible is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.4: Influencias del lenguaje, la cultura y los cuidados

Lenguaje

El lenguaje es un importante transmisor de la cultura y un componente esencial de la identidad del niño (Departamento de Educación de California, 2016, Directrices I/T). Desde el principio de su vida, los niños aprenden los sonidos del idioma o idiomas de su familia y participan en interacciones arraigadas en la cultura familiar. Apoyar el desarrollo del lenguaje es fundamental porque la lengua materna de un niño se desarrolla de forma paralela a todos los demás ámbitos. Los programas para bebés y niños pequeños crean un clima de respeto por la cultura y el idioma de cada niño. Una parte esencial de la respuesta cultural y lingüística es valorar y apoyar el uso de la lengua materna de cada niño mientras adquiere el inglés. Invitar a los padres a utilizar su lengua materna en el centro de atención, a leer a los niños o a realizar actividades en su lengua materna transmite a las familias que su cultura y su idioma son una parte vital del plan de estudios.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

20.4: Influencias del lenguaje, la cultura y los cuidados is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.5: Creación de relaciones parentales positivas con los cuidadores

Conexión entre cuidadores y padres

La relación entre la familia y el cuidador es fundamental. Para una familia, la experiencia de entrar en un entorno de bebés o niños pequeños puede ser muy emotiva. Los miembros de la familia a menudo experimentan ansiedad al separarse de su hijo y pueden sentirse en conflicto al dejarlo.

Los cuidadores promueven activamente el apego entre el niño y su familia. Aprender sobre la familia única de cada niño, en particular sobre los miembros de la familia y otras personas que lo cuidan, apoya las relaciones significativas del niño. Cuando un niño tiene una discapacidad u otro retraso, los intervencionistas tempranos también pueden tener un papel en el proceso de cuidado. El maestro es el puente que conecta al niño con la familia durante el día: cuanto más se asocie el maestro a la familia para apoyar el apego con su hijo, más éxito tendrá el niño en el programa. Esta relación de colaboración entre familias y cuidadores beneficia a los niños de muchas maneras. La calidad de la relación, la facilidad de la comunicación bidireccional y el respeto mutuo de la experiencia proporcionan tanto a las familias como a los cuidadores la información necesaria para brindar el mejor cuidado y educación al niño. Esto comunica al niño que su mundo funciona en sincronía. Cuanto más respeto y comodidad compartan las familias y los maestros, más cómodo y seguro estará el niño.

La naturaleza de las relaciones entre los programas y las familias ha cambiado significativamente. Históricamente, los maestros y los cuidadores consideraban que su papel con los padres consistía en proporcionarles educación y oportunidades de participación, ambas más basadas en el déficit que en los puntos fuertes. Actualmente, hay más enfoques basados en los puntos fuertes y en la colaboración en la relación programa-familia. Estos enfoques incluyen la atención centrada en la familia, el compromiso transformador de la familia y un enfoque pedagógico de los educadores de Reggio Emilia, Italia. Creen que “la participación de las familias es tan esencial como la de los niños y los educadores” (Edwards, Gandini y Forman, 1998, 21).[1]

El concepto de compromiso familiar (frente a la participación de los padres) reconoce a todos los miembros de la familia del niño (no solo a los padres) y destaca la importancia de la relación recíproca entre las familias y las escuelas. El personal del programa debe ser consciente de que la participación de la familia tanto en el programa como en el hogar puede adoptar muchas formas y depender de las características únicas de cada familia (Halgunseth et al., 2009). La participación de las familias se produce cuando existe una asociación continua, recíproca y basada en los puntos fuertes entre las familias y los programas de atención temprana (Halgunseth et al., 2009).[1]

Los principios del compromiso familiar incluyen lo siguiente:

- fomento y validación de la participación de las familias en la toma de decisiones relacionadas con la educación de sus hijos;
- comunicación coherente y bidireccional a través de múltiples formas que respondan a las preferencias lingüísticas de las familias; colaboración e intercambio de conocimientos;
- colaboración entre las familias y los programas en la creación de actividades de aprendizaje en el hogar y la comunidad; creación de un entorno doméstico que valore el aprendizaje;
- colaboración entre las familias y los maestros para establecer objetivos en el hogar y en la escuela para los niños;
- apoyo y formación para los profesionales de la educación en la creación de un sistema integral de promoción del compromiso familiar (Halgunseth et al., 2009).[1]

Los maestros en Reggio Emilia (Italia) también apoyan la idea de que la participación de las familias, la colaboración y el intercambio de conocimientos mutuos fortalecen el programa para los niños, las familias y los maestros. “Las ideas y habilidades que las familias aportan a la escuela y, lo que es más importante, el intercambio de ideas entre padres y maestros favorece el desarrollo de una nueva forma de educar y ayuda a los maestros a ver la participación de las familias no como una amenaza sino como un elemento intrínseco de colegialidad y como la integración de diferentes sabidurías” (Edwards, Gandini and Forman, 1998).[1]

Las familias conocen la historia del niño y de la familia y los acontecimientos significativos; la personalidad, las rutinas y los horarios del niño; las relaciones importantes; el estilo de exploración y aprendizaje; las formas de comunicación; las discapacidades y el historial de salud. Dedicar tiempo a comprender los conocimientos importantes de la familia es clave para apoyar el crecimiento psicológico y físico saludable de los bebés y niños pequeños. De igual importancia es la comunicación con la familia para que conozcan el día de su hijo, compartiendo actualizaciones e información cotidianas, comunicando los momentos en los que su hijo está pensando en ellos y reconociendo las interacciones cariñosas que se ven entre el niño y los padres.[1]

Dificultades y desafíos en la creación de colaboraciones

Hay momentos en los que los cuidadores tienen dificultades para encontrar la manera de respetar y crear confianza con una familia. El maestro puede sentir que los miembros de la familia no se esfuerzan, que no entienden a su hijo, que no responden a las señales de su hijo o que lo atienden de forma inapropiada. Un cuidador de bebés o niños pequeños debe determinar si el niño está seguro, pero también es importante entender a la familia a lo largo de un continuo de desarrollo y cultura. Cuando pensamos en el desarrollo infantil, esperamos que un bebé pase por pasos específicos de aprendizaje. No esperamos que camine antes de que pueda darse la vuelta. Si pensamos en las familias a lo largo de un continuo de desarrollo similar, podemos ser más capaces de asociarnos con ellas desde una perspectiva basada en los puntos fuertes. Por ejemplo, supongamos que una familia no lee las señales de su hijo, pero está claramente entusiasmada con su bebé. En ese caso, usted podría reconocer el cariño: “Está muy claro lo mucho que quiere a su bebé. Lo veo en sus ojos” y podría hacer una pequeña observación: “Me doy cuenta de que cuando se mueve de un lado a otro del cochecito, Sammy lo observa. Es muy observador”. De este modo, está utilizando un enfoque basado en los puntos fuertes para hacer uso de una nueva perspectiva para los padres. A veces surgen diferencias de opinión entre el programa y una familia sobre cómo cuidar a los niños. Abordar estas diferencias suele ofrecer oportunidades para que los maestros aprendan y crezcan junto con las familias. Los maestros deben iniciar conversaciones con los miembros de la familia para conocer su opinión sobre el cuidado de su hijo. Incluso cuando una familia pertenece a la misma comunidad cultural que el maestro, la perspectiva del maestro puede diferir de la de la familia, ya que cada persona interpreta las normas y expectativas culturales de forma diferente.[1]

Cuando surgen problemas relacionados con las diferencias culturales, los educadores pueden utilizar el procedimiento de tres pasos de Reconocer, Preguntar y Adaptar. Reconocer es comunicar el conocimiento del problema, transmitir interés y receptividad sinceros, e involucrar a la familia en la búsqueda de una solución conjunta. Preguntar es conocer el punto de vista preciso de los padres replanteando lo que dicen y prestando atención a las respuestas verbales y no verbales. Adaptar es trabajar con los miembros de la familia hacia una solución buscando áreas de consenso conjunto y negociando sobre los temas cruciales (adaptado de Virmani and Mangione, 2013, 72-5).[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

---

20.5: Creación de relaciones parentales positivas con los cuidadores is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.6: Conclusión

Conclusión sobre las influencias en el desarrollo

La calidad de las interacciones entre padres e hijos, maestros y niños, y padres y maestros es importante para los bebés y niños pequeños (Virmani y Mangione, 2013). El aprendizaje y el desarrollo se producen en el contexto de las relaciones de los niños con sus familias y maestros, y de las relaciones entre sus familias y los maestros. Tanto los padres como los maestros desempeñan un papel fundamental en el aprendizaje de los niños. Las relaciones que los niños establecen en sus primeros años son fundamentales para el éxito del aprendizaje y el desarrollo a lo largo de su vida. Los educadores de niños pequeños pueden comprometerse con la familia, la cultura, la lengua y la comunidad al crear programas y desarrollar relaciones. Aprender a establecer una auténtica colaboración, una comunicación bidireccional, una práctica reflexiva y comunidades de apoyo sólidas con las familias permite a los maestros honrar y aprovechar los recursos y las múltiples perspectivas de la comunidad de padres.[1]

A través de una relación acogedora, los maestros del niño empiezan a comprender las perspectivas, los puntos fuertes, las necesidades, las rutinas, las esperanzas y las expectativas de la familia. Como educadores, cuando comprendemos que hay muchas formas exitosas de cuidar y educar a los niños, podemos colaborar con los padres para comprender mejor la diversidad de perspectivas culturales mediante el diálogo, la escucha, la colaboración y la observación sensible.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

20.6: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

20.7: Referencias

Albert I, Trommsdorff G, Mishra R (2004) Parenting and adolescent attachment in India and Germany. Paper presented at the 17 Congress of the International Association for Cross Cultural Psychology, Xian, China.

Barber, B. K. (2002). Reintroducing parental psychological control. En B. K. Barber (Ed.), Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents (pp. 3–11). Washington, DC: American Psychological Association. Barnes, G. M., y Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. Journal of Marriage and the Family, 54, 763-776.

Bean, R. A., Barber, B. K., & Crane, D. R. (2006). Parental support, behavioral control, and psychological control among African American youth: The relationships to academic grades, delinquency, and depression. Journal of Family Issues, 27, 1335-1355.

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. Child Development, 67, 3296-3319. Barber, B. K., Stolz, H. E., Olsen, J. A., Collins, W. A., & Burchinal, M. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, Culture, and method. Monographs of the society for research in child development, 70, i-147.

Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. En B. K. Barber (Ed.), Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents (pp. 15–52). Washington, DC: American Psychological Association.

Barber, B. K., Stolz, H. E., Olsen, J. A., Collins, W. A., & Burchinal, M. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, Culture, and method. Monographs of the society for research in child development, 70, i-147.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Development, 37, 887-907. Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. Genetic Psychology Monographs, 75, 43–88.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. Journal of Early Adolescence, 11, 56-95.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. Developmental Psychology, 4, 1–103.

Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. En W. Damon (Ed.), Child Development Today and Tomorrow (pp. 349- 378). San Francisco: Jossey-Bass.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. Journal of Early Adolescence, 11, 56-95.

Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH: Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 2004, 43: 568-577. 10.1097/00004583-200405000-00010.

Bradley, R. H., y Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annu. Rev. Psychol.* 53, 371–399. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135233

Departamento de Educación de California, Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California se usa con autorización

Chao, R. K. (1994). Beyond parental control and authoritarian parenting style: Understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development, 65*, 1111-1119. ↵

Clark, L. A., Kochanska, G., & Ready, R. (2000). Mothers' personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 274-285. ↵

Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. En W. Damon y N. Eisenberg (Eds.), Handbook of Child Psychology. 3: Social, Emotional and Personality Development (pp. 779–862). Nueva York, NY: Wiley & Sons.

Conrade, G., y Ho, R. (2001). Differential parenting styles for fathers and mothers. *Australian Journal of Psychology*, *53*, 29– 35.

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). Developmental Psychopathology and Family Process. Nueva York, NY: The Guilford Press.

Crowley, K., Callanan, M. A., Tenenbaum, H. R., & Allen, E. (2001). Parents explain more often to boys than to girls during shared scientific thinking. *Psychological Science, 12*(3), 258-261. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00347 ↵

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. Psychological Bulletin, 113, 487-496. DeGregory, Lane. 2008. "The Girl in the Window." *Petersburg Times*, 31 de julio. Recuperado el 31 de enero de 2012

Dwairy M (2004a) Parenting styles and psychological adjustment of Arab adolescents. Transcult Psychiatry 41(2): 233-252. Dwairy M (2004b) Parenting styles and psychological adjustment of Arab gifted children. Gifted Child Quarterly 48(4): 275- 286.

Dwairy M, Menshar KE (2006) Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. J Adolesc 29(1): 103-117.

Child Characteristics es una adaptación de "*The Developing Parent*" de Marisa Diener, con licencia CC BY NC SA. ↵

Edwards, C., L. Gandini y G. Forman. 1998. The Hundred Languages of Children: The Reggio Emilia Approach Advanced Reflections. Segunda edición. Westport, CT: Ablex Publishing. Edición Kindle.

Eman M, Fadel A, Abdel A M. The Relation between Parenting Styles and Attachment among Preschool Children in the Gaza strip. Glob J Intellect Dev Disabil. 2017: 555619 DOI: 10.19080/GJIDD.2017.03.555619

Eisenberg, N., Hofer, C., Spinrad, T., Gershoff, E., Valiente, C., Losoya, S. L., Zhou, Q., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M., & Maxon, E. (2008). Understanding parent-adolescent conflict discussions: Concurrent and across-time prediction from youths' dispositions and parenting. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 73*(2), 1-160.

Essex MJ, Klein MH, Miech R, Smider NA: Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. Br J Psychiatry. 2001, 179: 151-156. 10.1192/bjp.179.2.151

Feagin, J. (1975). *Subordinating the Poor.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Felitti Md FVJ, Anda Md MSRF, Nordenberg Md D, Williamson Ms PDF, Spitz Ms MPHAM, Edwards Ba V, Koss PhD MP, Marks Md MPHJS: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ace) study. Am J Prev Med. 1998, 14: 245-258. 10.1016/S0749-3797(98)00017-8. Flaherty EG, Sege R: Barriers to physician identification and reporting of child abuse. Pediatr Ann. 2005, 34 (5): 349-356.

Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. Child Development, 74, 578-594.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The lancet. 2009, 373: 68-81. 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.

Gladden, J. (2021). Child Welfare and Foster Care. En *Introduction to Social Work*, ensayo, Ferris State University. Esta página se encuentra bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o conservada por Jessica Gladden et al. Si se solicita, se puede obtener un historial detallado de las versiones de los contenidos originales.

Hammond, R., Cheney, P., & Pearsey, R. (2015). *Sociology of the Family in Introduction to Sociology Textbook*. Rocky Ridge Press. Recuperado de http://freesociologybooks.com/Sociology_Of_The_Family/01_Changes_and_Definitions.php ↵ Halgunseth, L., S. Moodie, A. Peterson, D. Stark. 2009. "Family Engagement, Diverse Families, and Early Childhood Education Programs: An Integrated Review of the Literature." Young Children 64 (5): 56–8.

Henderson, A. T., and K. L. Mapp. 2002. A New Wave of Evidence: The Impact of School, Family, and Community Connections on Student Achievement. Austin, TX: National Center for Family & Community Connections with Schools. Southwest Educational Development Laboratory

Hoeve, M., Blokland, A., Dubas, J. S., Loeber, R., Gerris, J. R. M., & van der Laan, P. H. (2008). Trajectories of delinquency and parenting styles. Journal of Abnormal Child Psychology, 36, 223-235

Hunt, M., y Bullock, H. (2016). "Ideologies and beliefs about poverty", en *The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty*, eds. D. Brady y L. Burton (Oxford: Oxford University Press), 93–116.

Hyde, J. S., Else-Quest, N. M., & Goldsmith, H. H. (2004). Children's temperament and behavior problems predict their employed mothers' work functioning. *Child Development, 75*, 580-594. ↵

Jones R, Everson-Hock ES, Papaioannou D, Guillaume L, Goyder E, Chilcott J, Cooke J, Payne N, Duenas A, Sheppard LM, Swann C: Factors associated with outcomes for looked-after children and young people: a correlates review of the literature. Child

Care Health Dev. 2011, 37: 613-622. 10.1111/j.1365-2214.2011.01226.x.

Keyser, J. 2017. From Parents to Partners: Building a Family-Centered Early Childhood Program. St. Paul, MN: Redleaf Press.

Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 251-301 https://doi.org/10.1007/s10567011-0093-4 ↵

Kočovská E, Puckering C, Follan M, Smillie M, Gorski C, Barnes J, Wilson P, Young D, Lidstone E, Pritchett R: Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. Res Dev Disabil. 2012, 33: 1560-1565. 10.1016/j.ridd.2012.02.016.

Kuppens, S., Ceulemans, E. Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. J Child Fam Stud 28, 168-181 (2019). https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x Este artículo se distribuye bajo los términos de la Licencia Internacional de Atribución 4.0 de Creative Commons(http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, duplicación, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se proporcione el crédito correspondiente al autor o autores originales y a la fuente, se facilite un enlace a la licencia de Creative Commons y se indique si se han realizado cambios.

Kerr, D. C. R., Capaldi, D. M., Pears, K. C., & Owen, L. D. (2009). A prospective three generational study of fathers' constructive parenting: Influences from family of origin, adolescent adjustment, and offspring temperament. Developmental Psychology, 45(1), 1257-1275. ↵

Kim K, Rohner RP (2002) Parental warmth, control, and involvement in schooling: Predicting academic achievement among Korean American adolescents. Journal of Cross-Cultural Psychology 33(2): 127-140.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child Development, 62, 1049-1065.

Little y McGivern (s. d.) Introduction to Sociology - Primera edición canadiense de William Little and Ron McGivern se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Parenting and Family Diversity Issues de Diana Lang and Marissa L. Diener se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution- NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Lehmann, S., Havik, O.E., Havik, T. *et al*. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **7,** 39 (2013). https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39

Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J., y Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Dev. Psychol.* 43, 1415–1427. doi: 10.1037/0012- 1649.43.6.1415

Lipina SJ and Evers K (2017) Neuroscience of Childhood Poverty: Evidence of Impacts and Mechanisms as Vehicles of Dialog With Ethics. *Front. Psychol.* 8:61. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00061 **Licencia de atribución de Creative Commons (CC BY)**. *glossary.* Londres: Zed Books.

Lipina, S. J. (2015). “Biological and sociocultural determinants of neurocognitive development: central aspects of the current scientific agenda,” en *Proceedings of the Working Group Bread and Brain, Education and Poverty*, eds I. Portykus and A. Battro (Vatican: Pontifical Academy of Sciences).

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetheringtono (Vol. Ed.), Handbook of Child Psychology: Vol. IV. Socialization, Personality and Social Development (Cuarta ed., pp. 1-101). Nueva York: Wilepy.

Magnusson, D. (1998). The logic and implications of a person-oriented approach. En R. B. Cairns, L. R. Bergman y J. Kagan (Eds.), Methods and Models for Studying the Individual (pp. 33-63). Thousand Oaks, CA: Sage.

Marcus RF (1990) The Parent/Child Reunion Inventory: A Measure of Attachment for Children beyond the Infancy Years. Psychol Rep 67(2- 3): 1329-1330.

Martin, A., Ryan, R. M., & Brooks-Gunn, J. (2007). The joint influence of mother and father parenting on child cognitive outcomes at age 5. *Early Childhood Research Quarterly*, *22*, 423-439.

McKinney, C., & Renk, K. (2008). Differential parenting between mothers and fathers. implications for late adolescents. *Journal of Family Issues*, *29*(6), 806–827.

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., y Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 47, 578-591. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.10.012 McMahon SD, Grant KE, Compas BE, Thurm AE, Ey S: Stress and psychopathology in children and adolescents: is there evidence of specificity?. J Child Psychol Psychiatry. 2003, 44: 107-133. 10.1111/1469-7610.00105.

Millward R, Kennedy E, Towlson K, Minnis H: Reactive attachment disorder in looked-after children. Emot Behav Difficulties. 2006, 11: 273-279. 10.1080/13632750601022212.

Minnis H, Rabe-Hesketh S, Wolkind S: Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. Int J Meth Psychiatr Res. 2002, 11: 90-98. 10.1002/mpr.127.

Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M: Children in foster care: Mental health, service use and costs. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006, 15: 63-70. 10.1007/s00787-006-0452-8.

Baumrind's Parenting Styles de Joel A Muraco; Wendy Ruiz; Rebecca Laff; Ross Thompson; and Diana Lang se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Introduction to Diversity Studies de *Northeast Wisconsin Technical College* se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution-Licencia Internacional NonCommercial-ShareAlike 4.0, salvo que se indique lo contrario.

Nair H, Murray A (2005) Predictors of attachment security in preschool children from intact and divorced families. J Genet Psychol 166(33): 245-263.

NICHD Early Child Care Research Network (2005). Predicting individual differences in attention, memory, and planning in first graders from experiences at home childcare and school. *Dev. Psychol.* 41, 99–114. doi: 10.1037/0012-1649.41.1.99

Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Bank, L. (1984). Family interaction: a process model of deviancy training. Aggressive Behavior, 10, 253–267.

Pereira, A. I., Canavarro, C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2008). Patterns of parental rearing styles and child behaviour problems among Portuguese school-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, 454-464.

Prinzie, P., Stams, G. J., Dekovic, M., Reijntjes, A. H., & Belsky, J. (2009). The relations between parents' Big Five personality factors and parenting: A meta-review. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(1), 351-362. ↵

Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE: Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychol Bull. 2002, 128: 330-366.

Rinaldi, C. 2003. "The Image of the Child." Conferencia pronunciada en la gira del Grupo de Estudio de Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia, 8 de abril de 2003.

Rogoff, B. 2003. The Cultural Nature of Human Development. Nueva York, NY: Oxford University Press.

Russell, A., Aloa, V., Feder, T., Glover, A., Miller, H., & Palmer, G. (1998). Sex-based differences in parenting styles in a sample with preschool children. *Australian Journal of Psychology*, *50*, 89–99.

Rutter M: Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. Child Youth Serv Rev. 2000, 22: 685-703. 10.1016/S0190-7409(00)00116-X.

Shaw, D. S., Keenan, K., and Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: ages 1 to

3. Developmental Psychology, 30, 355–364.

Shonkoff, J. P., and D. A. Phillips. 2000. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, DC: National Academy Press.

Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family*Issues, *28*, 212-241.

Somayeh K, Rozumah B (2009) Parenting style in a collectivist culture of Malaysia. European Journal of Social Sciences 10(1): 66-73.

Spicker, P., Álvarez Leguizamón, S., y Gordon, D. (2006). *Poverty. An international glossary.* Londres: Zed Books. Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. En S. S. Feldman y G. R. Elliot (Eds.), At the Threshold: The

developing Adolescent (pp. 255–276). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, *65*, 754-770.

Soenens, B., Park, S. Y., Vansteenkiste, M., & Mouratidis, A. (2012). Perceived parental psychological control and adolescent depressive experiences: A cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. Journal of Adolescence, 35, 261– 272.

Tarren-Sweeney M: Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. Child Youth Serv Rev. 2008, 30: 1-25.

Thompson, R. A., Winer, A. C., & Goodvin, R. (2010). The individual child: Temperament, emotion, self, and personality. En

M. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (Sexta ed., páginas 423 a 464). Nueva York, NY: Psychology Press/Taylor & Francis. ↵

Tonyan, H. A. 2015. “Everyday Routines: A Window into the Cultural Organization of Family Child Care.” Journal of Early Childhood Research 13: 311–327.

Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R: The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. Soc Sci Med. 2006, 62: 13-27. 10.1016/j.socscimed.2005.05.030.

United States Census Bureau. (2019). *Historical living arrangements of children*. Recuperado de https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/families/children.html ↵

Ursache, A., y Noble, K. G. (2016). Neurocognitive development in socioeconomic context: multiple mechanisms and

implications for measuring socioeconomic status. *Psychophysiology* 53, 71–82. doi: 10.1111/psyp.12547 Asamblea General de la ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). París: Naciones Unidas.

Virmani, E. A., y P. L. Mangione, eds. 2013. Infant/Toddler Caregiving: A Guide to Culturally Sensitive Care. Segunda ed. Sacramento: Departamento de Educación de California

Wagmiller, R. L. (2015). The temporal dynamics of childhood economic deprivation and children ì s achievement. *Child Dev. Perspect.* 9, 158–163. doi: 10.1111/cdep.12125

Culture and Psychology de L D Worthy; T Lavigne; and F Romero se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, salvo que se indique lo contrario.

Williams, L. R., e Y. De Gaetano. 1985. Alerta: A Multicultural, Bilingual Approach to Teaching Young Children. Boston, MA: Addison-Wesley Publishing Co.

Williams, L. R., Degnan, K. A., Perez-Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., & Fox, N. A. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 37, 1063-1075.

Wikipedia. (2020). *Foster care*. Extraído de https://en.Wikipedia.org/wiki/Foster_care#cite_note-1 ↵

Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. N. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. Personality and Individual differences, 34(3), 521–532.

Yoshikawa, H., Aber, J. L., and Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth. *Am. Psychol.* 67, 272–284. doi: 10.1037/a0028015

Zhang W, Fuligni A (2006). Authority, autonomy and family relationships among adolescents in urban and rural China. Journal of Research on Adolescents 16(4): 527-537.

20.7: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

21: Licencias y reglamentos

21.1: Introducción
21.2: Comprensión del servicio de cuidado con licencia y sin licencia
21.3: Requisitos y cualificaciones del personal; Apartado 101152
21.4: Proporción de maestros por niños en los centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3
21.5: Supervisión de niños en centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3
21.6: Derechos personales de los niños; Apartado 101223
21.7: Reglamentos de salud y seguridad; Apartado 1596.866
21.8: Candados y requisitos de inaccesibilidad en el cuidado infantil; Apartado 101238
21.9: Requisitos relativos a las masas de agua en el cuidado de niños; Apartado 101238
21.10: Resumen del transporte en el cuidado infantil; Apartado 101425
21.11: Planificación en caso de catástrofes y seguridad contra incendios; Apartado 101174
21.12: Requisitos del servicio de alimentos para los centros de cuidado infantil; Apartado 101227
21.13: Reglamentos adicionales específicos para los bebés
21.14: Referencias

21: Licencias y reglamentos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.1: Introducción

Introducción a las licencias y a los reglamentos

La calidad del cuidado infantil es una cuestión que no tiene una respuesta fácil y que presenta muchas variables diferentes. Las condiciones sanitarias y de seguridad de los centros de cuidado infantil, la disponibilidad de material didáctico, las cualificaciones de los maestros y las interacciones entre los niños y los cuidadores pueden determinar la calidad de la atención (Slot, 2018). Los programas de cuidado infantil de buena calidad brindan resultados positivos duraderos. (Vea, p. ej,, Abner et al., 2013; Almond & Currie, 2011; Barnett, 2008; Burchinal et al., 2010; NICHD and Duncan 2003; Nores & Barnett, 2010). (Karoly, 2009). [1]

Es posible que sea difícil para los padres saber con facilidad y con solo observar un centro infantil si el cuidado que ofrecen es de calidad. Por este motivo, los juicios sobre la calidad pueden no reflejar la calidad real observada por los expertos en la materia (Barraclough & Smith, 1996; Cryer & Burchinal, 1997; Cryer et al., 2002). Para remediar esta desconexión y mejorar la calidad de los centros de cuidado infantil, se utilizan enfoques alternativos, como los reglamentos, la acreditación, la concesión de licencias y los sistemas de informes sobre la calidad. Las licencias y los reglamentos son más accesibles y menos costosos que otras vías alternativas para mejorar la calidad. Estas normas suelen centrarse en un conjunto reducido de aspectos de calidad que se observan fácilmente, como el tamaño del grupo, la proporción de niños por personal, y la higiene del centro de cuidado infantil, lo que proporciona unas normas mínimas de calidad (Karoly, 2009). El gobierno tiene un papel en el establecimiento y el cumplimiento de las normas de calidad del cuidado infantil mediante estos enfoques (Pekkurnaz, Aran, & Aktakke, 2021).[1]

La calidad del cuidado infantil suele dividirse en dos grandes categorías: la calidad estructural y la calidad del proceso. Los componentes estructurales de la calidad son, por lo general, más fáciles de observar y evaluar e incluyen la infraestructura, la proporción de personal por niños, el nivel de educación y la experiencia del personal, y el centro de cuidado infantil (Burchinal, 2010; Helburn & Howes, 1996; Slot, 2018). La calidad del proceso se refiere, principalmente, a la presencia de equipos, materiales y actividades de aprendizaje adecuados para el desarrollo, a las características de las interacciones entre los niños y el personal, y al estilo de enseñanza de los educadores cuando realizan esas actividades en los centros de cuidado infantil (Burchinal, 2010; Helburn & Howes, 1996; Slot, 2018). [1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Pekkurnaz, D., Aran, M.A. & Aktakke, N. Does quality matter in determining child care prices? (2021) tiene licencia de CC-BY.

21.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.2: Comprensión del servicio de cuidado con licencia y sin licencia

Definición de los tipos de cuidado

En California, los proveedores con licencia se someten a un proceso de solicitud y revisión con la División de Licencias para la Atención Comunitaria (Community Care Licensing, CCL) y están obligados a cumplir con los reglamentos específicos de salud y seguridad. Los proveedores de cuidado exentos de licencia no están regulados por la División de Licencias para la Atención Comunitaria, aunque puede haber otros organismos gubernamentales que supervisen sus actividades.

En California, hay cuatro grupos principales de proveedores de servicios de guardería que están exentos de obtener una licencia para ofrecer servicios de cuidado de niños.

- El primer grupo abarca a las personas que cuidan de los hijos de un familiar o que cuidan de los hijos de otra familia y de sus hijos.
- También están exentas algunas cooperativas de padres, en las que las familias se turnan para cuidar a los niños sin recibir una remuneración.
- El segundo grupo abarca programas públicos y privados sin fines de lucro que ofrecen servicios recreativos. Estos programas incluyen algunos centros comunitarios y la mayoría de los programas de parques y actividades recreativas.
- El tercer grupo incluye a las empresas que ofrecen un servicio de guardería limitado a sus clientes y consumidores. En estos programas, se suele exigir que los padres o tutores permanezcan en las instalaciones y que retiren a sus hijos en un tiempo determinado.
- El cuarto grupo incluye los programas supervisados por organismos estatales además de la División de Licencias para la Atención Comunitaria. Por ejemplo, los campamentos organizados y gestionados por el Departamento de Salud Pública y las escuelas patrimoniales (heritage school) que supervisa el Departamento de Educación. [1]

Recursos adicionales:



Requisitos de presentación de informes sobre el cuidado infantil autorizado

Los proveedores de cuidado infantil con licencia presentan informes a la División de Licencias para la Atención Comunitaria a fin de garantizar que los registros estén actualizados. La mayoría de los informes son los mismos para un centro de cuidado y una guardería en el hogar, aunque pueden existir algunas diferencias entre los dos tipos de programas.

La mayoría de los informes se dividen en dos grandes categorías:

Informes sobre incidentes inusuales

- Brotes de enfermedades contagiosas, como las paperas o el sarampión
- Sospechas de maltrato infantil

- Incidentes que pongan a los niños en peligro, como que se alejen de las instalaciones sin supervisión
- Lesiones que requieran intervención médica

Informes relacionados con el funcionamiento general de las instalaciones

- Cambios de personal Cambios de dirección
- Modificaciones de las instalaciones

Los informes específicos del tipo de programa incluyen lo siguiente:

- Quienes ofrecen servicios de guardería familiar deben comunicar la información sobre cualquier adulto que se mude al hogar donde funciona el centro o que se vaya.
- Los centros de cuidado infantil deben informar sobre el nombramiento de un nuevo director del centro y de los cambios en la junta directiva.[1]

Recursos adicionales:



[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

21.2: Comprensión del servicio de cuidado con licencia y sin licencia is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.3: Requisitos y cualificaciones del personal; Apartado 101152

Apartado 101152

Es necesario investigar los antecedentes penales de las personas que trabajan o que pasan tiempo regularmente en una guardería autorizada o de cualquier persona que resida en una casa privada donde funcione una guardería familiar.

Existen diferentes requisitos de verificación de antecedentes para las guarderías familiares y los centros de cuidado infantil.

Todas las personas adultas que trabajen o vivan en el hogar deben pasar por una verificación de antecedentes para las guarderías familiares. Están incluidos los residentes que cumplan con los siguientes requisitos:

- No cuidan directamente a los niños.
- No están en las instalaciones durante las horas de servicio.
- Los hijos mayores de 18 años, o que cumplan 18 años mientras aún viven en el hogar.
- Cualquier persona adulta que viva en una parte diferente de la casa, como un apartamento para invitados, una habitación alquilada o una casa de huéspedes alquilada en la misma propiedad que el hogar donde funciona la guardería familiar.

Todas las personas que trabajen o sean voluntarias en un centro deben pasar por una verificación de antecedentes, con algunas excepciones para los centros. A continuación, se mencionan algunas excepciones:

- Los voluntarios específicos que prestan servicios por tiempo limitado no necesitan obtener un certificado de antecedentes penales.
- Los profesionales de la medicina que ya han sido autorizados como condición para obtener la licenciatura.
- Los estudiantes universitarios que se ofrezcan como voluntarios menos de 16 horas a la semana, no se queden solos con los niños y estén supervisados directamente en todo momento por un empleado que tenga un certificado de antecedentes penales.
- Los tutores legales o los familiares de los niños tampoco necesitan un certificado de antecedentes penales.

Las personas adultas deben obtener un certificado de antecedentes penales para trabajar en un centro de cuidado infantil autorizado. Más allá de infracciones de tráfico leves, las personas adultas con antecedentes penales pueden solicitar una exención de antecedentes si no fueron condenadas por un delito grave o por algún crimen perpetrado contra niños. Los familiares de los niños del centro y los voluntarios específicos no están obligados a obtener un certificado. Además, tanto las guarderías familiares como los centros de cuidado de niños, si pueden proporcionar documentación que demuestre que todas las personas que tienen acceso a las instalaciones han pasado por la verificación de antecedentes requerida, estarán sujetos a una citación de tipo A y a una sanción civil. [1]

Recursos adicionales:

Requisitos de verificación de antecedentes para los cuidadores



¿Qué es una sanción civil?



Resumen de las cualificaciones y tareas de la persona a cargo del centro de cuidado infantil; Apartado 101415

La persona a cargo de un centro infantil debe cumplir con los requisitos del Apartado 101215.1 y con lo siguiente:

- Los requisitos de experiencia deberán completarse en un centro de cuidado infantil o en un programa de cuidado infantil grupal similar con niños menores de cinco años.
- Al menos tres unidades semestrales que haya completado deben estar relacionadas con el cuidado de los bebés.
- La persona a cargo nombrará una persona que la sustituya cuando se ausente temporalmente del centro.
- En los centros en los que se requiera un director auxiliar, este actuará como sustituto.
- Un maestro infantil plenamente cualificado puede actuar como sustituto del director o del director auxiliar.
- Si la persona a cargo estará ausente por más de 30 días consecutivos, un director sustituto deberá tener las cualificaciones de un director.[2]

Resumen de las cualificaciones y tareas del director auxiliar a cargo del centro de cuidado infantil; Apartado 101415.1

- Si el centro tiene más de 25 bebés, deberá contar con la presencia de un director auxiliar. El director auxiliar tiene que ser un maestro infantil plenamente cualificado y debe haber completado, con calificaciones aprobatorias, al menos tres unidades semestrales de administración en una universidad autorizada. Este trabajo puede completarse dentro de un año de empleo como director auxiliar.
- El director auxiliar trabajará bajo la gestión del director del centro.

Resumen de las cualificaciones y tareas de los maestros de cuidado infantil; Apartado 101416.2

- Además del Apartado 101216.1, los maestros de cuidado infantil deben haber cursado y aprobado al menos 3 unidades semestrales sobre educación de primera infancia o desarrollo infantil y 3 unidades semestrales sobre el cuidado de bebés de una universidad aprobada.
- Después del empleo, el maestro que no haya completado las 12 unidades semestrales requeridas deberá completar con calificaciones aprobatorias, al menos 2 unidades cada semestre hasta completar las 12 unidades semestrales.
- Para ser maestro de cuidados infantiles plenamente cualificado, deberá cumplir con lo siguiente:
- Completar 12 unidades semestrales, con calificaciones aprobatorias, en educación de primera infancia o desarrollo infantil.
- Al menos 3 unidades deben estar relacionadas con el cuidado de los bebés.
- Tener 6 meses de experiencia como mínimo en un programa de cuidado infantil autorizado o un programa semejante para niños menores de cinco años. [1] [2]

Resumen de las cualificaciones y tareas de los asistentes de cuidados infantiles; Apartado 101416.3

- Un asistente debe trabajar bajo la supervisión del director o de un maestro plenamente cualificado, excepto cuando observe
- a los bebés dormidos. Los asistentes participarán en un programa de formación en el trabajo.
- Un asistente proporcionará cuidado directo y supervisará a los bebés.[2]

Referencias

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

[2] La sección Apéndice B - Título 22: Aspectos destacados del reglamento de licencias se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o seleccionada por Jennifer Paris.

21.3: Requisitos y cualificaciones del personal; Apartado 101152 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.4: Proporción de maestros por niños en los centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3

Apartado 101216.3

Es necesario establecer proporciones mínimas de maestro por niños para proteger la salud y la seguridad de los niños en los centros de cuidado infantil. Estas proporciones de maestro por niños proporcionan un apoyo adecuado para el desarrollo de los niños de diferentes edades, desde los primeros años de vida hasta la edad de escolarización. Las proporciones que señala la División de Licencias para la Atención Comunitaria son mínimas. Los programas siempre deben tratar de aumentar el personal más allá de los requisitos mínimos para promover relaciones positivas entre las personas adultas y los niños, y brindar experiencias de aprendizaje de primera calidad. Aunque muchos programas desean aumentar las proporciones, hay muchos factores que dificultan que los programas mantengan incluso estas proporciones mínimas. [1]

Las proporciones entre maestros y niños se basan en diversas variables, como la cantidad de niños en el centro y sus edades, y la naturaleza del cuidado que se brinda, como la siesta o el juego al aire libre.

- Los centros infantiles que atienden a niños desde el nacimiento hasta los 2 años deben tener una proporción mínima de un maestro infantil totalmente cualificado por cada 4 bebés.
- En una sala con más de 4 bebés, hasta un máximo de 12, debe haber un maestro plenamente cualificado responsable del cuidado directo y de la supervisión de un máximo de 4 bebés. Además, si ese maestro plenamente cualificado supervisa a los asistentes, cada uno de ellos será responsable del cuidado directo y de la supervisión de un máximo de 4 bebés.
- Si la División de Licencias para la Atención Comunitaria ha autorizado que el centro ofrezca un componente para niños pequeños, se debe mantener una proporción mínima de un maestro totalmente cualificado cada 6 niños y un tamaño máximo de grupo de 12 niños con 2 maestros o 1 maestro y 1 asistente.[1]



Figura 21.4.1: Seis niños pequeños y una cuidadora haciendo plastilina en un cubo grande. ([2])

Estas proporciones son las normas mínimas que se exigen por motivos de salud y seguridad. Especialmente cuando se trabaja con bebés y niños pequeños, siempre se recomienda aumentar la proporción de maestros por niños para ofrecer mejor actividades en grupos pequeños y grandes para los niños. El aumento de estas proporciones también posibilita que se dedique más tiempo a cada niño.

Como se ha descrito anteriormente, los asistentes pueden incluirse en la proporción cuando se cumplen ciertas condiciones, como la supervisión directa por parte de un maestro. El director del centro puede incluirse en la proporción si tiene un papel activo en la enseñanza de los niños. Sin embargo, las personas adultas que prestan servicios administrativos o de seguridad no están capacitados para estar incluidos en la proporción de maestros por niños.[1]

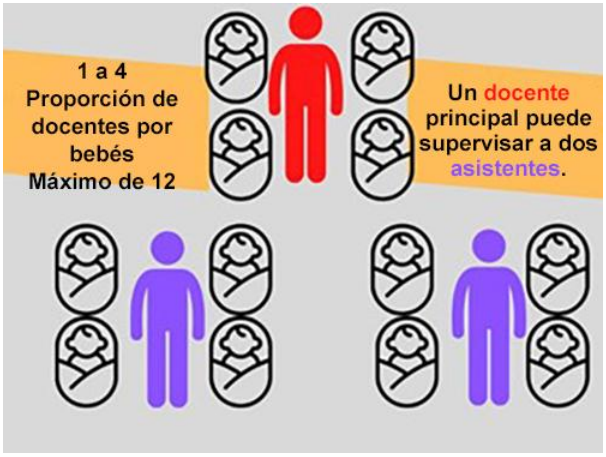


Figura 21.4.2: Un maestro por cada 4 bebés. Un máximo de 12 bebés. Un maestro principal puede supervisar a 2 asistentes con 4 bebés cada uno. ([2])

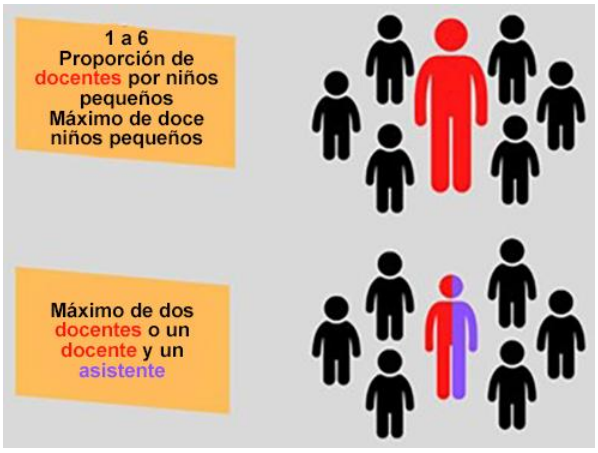


Figura 21.4.1: Un maestro por cada 6 niños pequeños. Un máximo de 12 niños pequeños. Un máximo 2 maestros o 1 maestro y 1 asistente. ([2])

Cerciorarse de que haya personas adultas cualificadas es fundamental para la seguridad de los niños y es importante elaborar un plan de respaldo en caso de ausencias de los maestros para que siempre se mantengan las proporciones mínimas de maestros por niños.

Resumen de la proporción de personal por bebés; Apartado 101416.5

- La proporción será de un maestro por cada 4 bebés.
- Un asistente puede sustituir a un maestro si un maestro plenamente cualificado no supervisa directamente a más de 12 bebés. Cuando se realicen actividades fuera del centro, deberá haber un mínimo de una persona adulta por cada 2 bebés.
- La persona a cargo del centro puede contarse en la proporción de personal por bebés cuando realmente trabaje con los bebés.
- Deberá haber un miembro del personal que observe visualmente a no más de 12 bebés dormidos, siempre y cuando haya más personal disponible en el centro para cumplir con las proporciones mencionadas cuando sea necesario. [4]

Resumen del componente para niños pequeños en un centro de atención infantil; Apartado 101417

- Los titulares de licencias que atienden a bebés pueden crear un componente de programa especial parpa niños pequeños de 18 a 30 meses. La proporción exigida es de un maestro por cada 6 niños pequeños.
- Un asistente que reciba formación en el trabajo puede sustituir a un maestro cuando esté supervisado directamente por un maestro plenamente cualificado.
- El tamaño máximo del grupo es de 2 maestros para 12 niños pequeños.
- El programa para niños pequeños se llevará a cabo en espacios físicos separados de los que utilizan los niños mayores o menores. [1] [4]

Recursos adicionales:





Referencias y Fuente de Figuras

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

[2] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY.

[3] La sección Apéndice B - Título 22: Aspectos destacados del reglamento de licencias se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o seleccionada por Jennifer Paris.

21.4: Proporción de maestros por niños en los centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.5: Supervisión de niños en centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3

Apartado 101216.3

Las normas de concesión de licencias relativas a la supervisión de los niños en los centros de cuidado infantil se centran en que los niños estén siempre a la vista de un maestro o de un asistente para garantizar su seguridad, que una persona adulta pueda estar al lado del niño en cualquier momento y que cada niño reciba la atención que necesita mientras está bajo su cuidado.

En el contexto de las leyes y reglamentos de concesión de licencias, la supervisión en los centros de cuidado infantil se refiere a la supervisión visual de los niños por parte de maestros y asistentes en todo momento. La supervisión ayuda a evitar y a minimizar los accidentes y las lesiones en el entorno de la guardería, y aumenta la calidad de los cuidados que se ofrecen. La supervisión de los niños por parte de los cuidadores debe ser 100 % visual en todo momento, ya sea en el salón de clases, al aire libre o en cualquier lugar del centro de cuidado infantil. Lo que incluye que un maestro o un asistente acompañe al niño al baño, ya sea de forma individual o en grupo. Si un niño tiene que ir al baño mientras los demás juegan al aire libre o participan en actividades en el interior, debe mantenerse siempre la supervisión del niño individual y del grupo mayor. También es necesario mantener una supervisión adecuada cuando los niños pasan de una actividad a otra, como. por ejemplo, pasan de jugar al aire libre a jugar en el interior. Por ejemplo, cuando los niños terminan de jugar al aire libre y se preparan para entrar, un maestro no puede permitir que algunos niños entren mientras otros siguen afuera, a menos que haya suficiente supervisión en ambos lugares.[1]

Recursos adicionales:



Actividades de cuidado de niños; Apartado 101430

- El centro deberá implementar un plan escrito para asegurar que se ofrezcan actividades en el interior y al aire libre pensadas para satisfacer las necesidades de los bebés, incluidas, entre otras actividades, el juego tranquilo y el activo, el descanso y la relajación, la alimentación, el aseo, la atención individual y el que quien te cuida te sostenga.
- Todos los bebés tendrán la posibilidad de dormir la siesta sin distracciones ni molestias. No se obligará a ningún bebé a dormir, a permanecer despierto ni permanecer en la zona donde se duerme la siesta.[2]

Actividades acuáticas del personal para los bebés; Apartado 101416.8

- Se exigirá una proporción de un adulto por dos bebés durante las actividades cerca de una piscina o de una masa de agua. [2][1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

[2] Appendix B- Title 22 Licensing Regulation Highlights se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o conservada por Jennifer Paris.

[3] La sección 22.5: Supervisión de niños en un centro de cuidado infantil; Apartado 101216.3 se comparte bajo una licencia mixta y fue escrita, combinada o conservada por LibreTexts.

21.5: Supervisión de niños en centros de cuidado infantil; Apartado 101216.3 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.6: Derechos personales de los niños; Apartado 101223

Apartado 101223

¿Qué derechos tienen los niños en los centros de cuidado infantil? Algunos de los derechos de los niños son los siguientes:

- Los niños tienen derecho a que no los azoten, abofeteen ni hieran físicamente por ningún motivo. No se debe interrumpir el sueño de los niños y no se les debe impedir usar el baño. No se les puede negar comida a los niños con intención de disciplinarlos.
- Los niños tienen derecho a estar libres de maltrato psicológico, como, por ejemplo, coacción, intimidación, humillación, ridiculización o amenazas. Estos ejemplos de maltrato psicológico no están permitidos.
- No está permitido encerrar a los niños en una habitación o en un edificio. Sin embargo, las instalaciones pueden mantener las puertas y las ventanas exteriores cerradas con llave si cumplen con los códigos contra incendios locales para una casa familiar grande o un centro.
- No está permitido colocar o retener a los niños en ningún artefacto si no se está utilizando para su propósito original. Por ejemplo, las tronas solo se pueden utilizar durante las comidas. Las sillas para el auto se utilizan únicamente para el transporte.
- Nunca está permitido dejar a los niños solos en un auto, ni siquiera cuando se han quedado dormidos en el vehículo.
- Nunca se puede negar a los niños un medicamento recetado o, si se da la situación, primeros auxilios o atención médica.



21.6: Derechos personales de los niños; Apartado 101223 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.7: Reglamentos de salud y seguridad; Apartado 1596.866

Apartado 1596.866

Los centros de cuidado infantil están obligados a tener al menos una persona en el lugar en todo momento con acreditación documentada de que aprobó una capacitación sobre salud y seguridad.

Se recomiendan los siguientes recursos de formación:

- American Red Cross;
- American Heart Association,
- institutos o universidades acreditados;
- cualquier instalación o curso de capacitación certificado por el Emergency Medical Service Authority (EMSA).

Tanto los titulares de licencias para guarderías familiares como para los de centros de cuidado infantil deben haber realizado los siguientes cursos: RCP pediátrica,

- primeros auxilios pediátricos;
- capacitación en prácticas sanitarias preventivas.

Supongamos que la persona que obtuvo la licencia no se encuentra en las instalaciones durante las actividades diarias. En ese caso, debe haber una persona en el lugar que haya realizado la capacitación en RCP pediátrica y en primeros auxilios pediátricos. Los titulares de licencias para guarderías familiares deben asegurarse de que al menos un miembro del personal con una tarjeta de finalización de curso actualizada y aprobada en primeros auxilios pediátricos y RCP pediátrica esté en el lugar en todo momento cuando los niños estén presentes, y esté con los niños cuando estén fuera de las instalaciones para las actividades del centro.[1]

Recursos adicionales:



Resumen de la higiene general en el cuidado infantil; Apartado 101438.1

- Todos los elementos que utilizan las mascotas y los animales deberán mantenerse fuera del alcance de los niños.
- Los cuidadores se lavarán las manos con agua y jabón antes de darles de comer a los bebés y después cambiarles el pañal.
- Las zonas a las que los bebés tienen acceso se lavarán, limpiarán y desinfectarán de la siguiente manera: los suelos se aspirarán o barrerán y se fregarán todos los días y con la frecuencia que sea necesaria.
- Los suelos de moqueta se aspirarán todos los días y se limpiarán al menos cada seis meses. Las paredes se lavarán con una solución desinfectante al menos una vez por semana.
- Después de cada cambio de pañales, se desinfectará la zona de cambio de pañales, incluidas las paredes y el suelo, y se lavarán las encimeras, los lavabos, los cajones y los armarios cercanos a la zona.
- Los objetos que los bebés se lleven a la boca se deberán lavar y desinfectar.

- Todos los desinfectantes y otros materiales peligrosos se almacenarán de forma y en un lugar inaccesible para los bebés. Solo se utilizará jabón en un dosificador adecuado.
- Para el secado de manos, solo se utilizarán toallas de papel desechables en un soporte o en un dosificador adecuado.[2]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

[2] Appendix B- Title 22 Licensing Regulation Highlights se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o conservada por Jennifer Paris.

21.7: Reglamentos de salud y seguridad; Apartado 1596.866 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.8: Candados y requisitos de inaccesibilidad en el cuidado infantil; Apartado 101238

Apartado 101238

Dentro de los reglamentos de concesión de licencias, existen diferentes requisitos para los elementos a los que los niños no deben tener acceso y lo que se requiere que esté bajo llave. Entre las cosas a las que los niños no pueden acceder se encuentra cualquier cosa que pueda causar daño a un niño, como los productos de limpieza o lugares como los huecos de las escaleras cuando hay niños menores de cinco años. Entre los objetos que deben guardarse bajo llave se incluyen las armas, la municiones y los venenos. Organizar una guardería de forma que los objetos dañinos, como los artículos de limpieza, sean accesibles para los proveedores, pero inaccesibles para los niños requiere una planificación ambiental. El uso de candados en los objetos peligrosos es una buena manera de mantener a los niños a salvo de cosas dañinas. Además de los candados, hay otras formas de lograr que los niños no tengan acceso a ciertos objetos y zonas. Si los artículos se colocan en armarios, estantes o cajones fuera del alcance de los niños, pueden considerarse inaccesibles. El uso de productos etiquetados como dispositivos de seguridad para niños y trabas de seguridad puede hacer que los objetos sean inaccesibles. Si no se logra mantener estos objetos y estas zonas fuera del alcance de los niños como exigen los reglamentos, se considera una infracción de salud y seguridad. Cualquier elemento o espacio que pueda causar daño a un niño no debe estar al alcance de ellos.[1]



Figura 21.8.1: Un armario con la puerta cerrada con llave y un cartel. ([2])

Si hay niños menores de cinco años, se deben colocar puertas para garantizar que no tengan acceso a las siguientes zonas.

- Zonas prohibidas de su casa o del centro
- Zonas que se usan para almacenar materiales peligrosos y nocivos Huecos de escalera
- Chimeneas y calefactores abiertos
- Piscinas convencionales o portátiles para niños cuando no se utilicen para juegos acuáticos supervisados por personas adultas
- Bañeras de hidromasaje, estanques y masas de agua

Cualquier candado resistente que no puedan manipular es aceptable. Un candado implica un mecanismo de llave o de contraseña que sirve para cerrar una puerta, una tapa o algo similar. Los productos etiquetados como dispositivos de seguridad para niños y las trabas de seguridad no se consideran candados, a menos que funcionen con una llave o con una combinación. Las armas de fuego y de otro tipo están prohibidas en las instalaciones de un centro de cuidado infantil. En los hogares de cuidado de niños, las armas y las municiones deben estar bajo llave en una caja fuerte para armas o en otras unidades de almacenamiento, las armas deben tener el seguro del gatillo puesto, o el percutor se puede retirar del arma de fuego y se puede guardar por separado. Las armas y las municiones deben guardarse por separado. No se aceptará de ninguna forma que las armas no se mantengan guardadas y bloqueadas como es debido. Las infracciones en función de las armas y de las municiones derivan en citaciones y sanciones civiles. [1]

Recursos adicionales:



Referencias y Fuente de Figuras

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

[2] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

21.8: Candados y requisitos de inaccesibilidad en el cuidado infantil; Apartado 101238 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.9: Requisitos relativos a las masas de agua en el cuidado de niños; Apartado 101238

Apartado 101238

En Estados Unidos, el ahogamiento es la principal causa de muerte accidental entre los niños de 1 a 4 años y es la segunda causa de muerte entre los niños de 5 a 14 años (Center for Disease Control, *Drowning facts*, 2022). Los reglamentos de concesión de licencias que hacen referencia a las masas de agua ayudan a evitar este tipo de accidentes trágicos. El cumplimiento de estos reglamentos minimiza el riesgo de accidentes relacionados con el agua en las guarderías.

Las investigaciones han demostrado que un bebé boca abajo puede ahogarse en solo 1 in (2.5 cm) de agua. Por lo tanto, prácticamente todas las masas de agua se consideran un peligro y deben tratarse con precaución.

Algunos ejemplos son los siguientes:

- piscinas;
- piscinas portátiles para niños;
- bañeras de hidromasaje;
- arroyos, riachuelos y estanques.

Si se utiliza una masa de agua, como una piscina convencional o una portátil para niños, para jugar de forma organizada, hay que supervisar de cerca a los niños. Una vez finalizada la sesión de juego, los niños no deben tener acceso al equipo. Se deben vaciar las piscinas portátiles cuando no se utilicen.

Muchas veces, en los centros de cuidado infantil y en las guarderías familiares se utilizan las mesas de agua para que los niños jueguen. Una persona adulta debe supervisar de cerca cuando se están usando las mesas de agua. Cuando no se utilicen, los recipientes deben vaciarse y los niños no deben tener acceso al agua para llenarlos por su cuenta.



Figura 21.9.1: Todas las masas de agua deben vaciarse cuando no se utilicen. ([1])

Hay reglamentos adicionales sobre la seguridad con respecto al agua, específicamente para los centros de cuidado de niños.

- Al menos una persona adulta que supervisa debe tener la capacitación actualizada en seguridad acuática, y se exige una proporción más estricta entre personas adultas y niños para las actividades acuáticas.
- Para los bebés desde el nacimiento hasta los 24 meses, se necesitará un miembro del personal por cada 2 bebés.
- Se necesitará un miembro del personal por cada 4 bebés si hay una masa de agua accesible en la que es menos probable que los niños se ahoguen.
- En el caso de los niños pequeños y de los niños mayores, se requiere un miembro del personal por cada 6 niños, independientemente del tipo de masa de agua que haya. Los salvavidas no se cuentan como adultos supervisores.[1]

Reglamento específico para piscinas

No está permitido que se pueda acceder a las piscinas de una instalación directamente desde una puerta o ventana; debe haber otra valla entre la puerta o la ventana y la piscina. La valla de la piscina debe tener al menos una altura de 5 ft (1.5 m), no debe tener aberturas de más de 1.5 in (3.8 cm) y no debe obstruir de ninguna manera una visión completa y clara de la piscina desde el exterior. Además, la valla debe tener una puerta con cierre y pestillo automáticos. Cuando se suelta la puerta, debe girar y cerrarse por sí sola. Además, debe oscilar fuera del agua cuando se abra, debe permanecer cerrada cuando la piscina no esté en uso y no debe estar cerrada con llave, ya que puede ser necesario que una persona adulta deba entrar en la zona de la piscina sin tener que encontrar una llave o recordar una contraseña.[2]

Piscinas portátiles para niños

- Solo los niños pueden utilizarlas con la supervisión directa de un adulto.
- Solo se pueden llenar inmediatamente antes de usarlas.

- Deben vaciarse inmediatamente después de cada uso.



Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

[2] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

21.9: Requisitos relativos a las masas de agua en el cuidado de niños; Apartado 101238 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.10: Resumen del transporte en el cuidado infantil; Apartado 101425

Apartado 101425

- El conductor debe ser mayor de 18 años para transportar a los bebés.
- El vehículo debe llevar un botiquín de primeros auxilios.
- Los niños deben ir asegurados en un sistema de contención para niños, es decir, en una silla para auto.
- La proporción de personal por niños debe mantenerse tanto si el vehículo está en movimiento como si está estacionado.
- Los bebés que se encuentren en los vehículos deberán contar con la supervisión constante de una persona adulta y se los debe vigilar en todo momento.[1]

Recursos adicionales:



Referencias

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

21.10: Resumen del transporte en el cuidado infantil; Apartado 101425 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.11: Planificación en caso de catástrofes y seguridad contra incendios; Apartado 101174

Apartado 101174

De acuerdo con los reglamentos de concesión de licencias, los centros de cuidado infantil deben presentar un plan por escrito para casos de catástrofes en el que se defina un plan para mantener a los niños seguros durante una emergencia. El sitio web de la División de Licencias para la Atención Comunitaria ofrece formularios de planificación para una emergencia en caso de una catástrofe que deben completarse como parte de la solicitud de la licencia.

En estos planes, se debe incluir lo siguiente:

- ¿Cómo se evacuará a los niños en caso de una emergencia?
- ¿Adónde se llevará a los niños si no se puede volver al centro de inmediato?

Los centros deben realizar un simulacro en caso de una catástrofe al menos cada seis meses. Las personas adultas y los niños con edad suficiente deben conocer sus obligaciones durante los simulacros y las emergencias. Se debe guardar la documentación de la finalización del simulacro, incluida la fecha. [1]

Recursos adicionales:



Referencias

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

21.11: Planificación en caso de catástrofes y seguridad contra incendios; Apartado 101174 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.12: Requisitos del servicio de alimentos para los centros de cuidado infantil; Apartado 101227

Apartado 101227

La forma de almacenar y servir los alimentos es fundamental para la salud y la seguridad de todos los niños que van a guarderías. Conocer los requisitos de la División de Licencias para la Atención Comunitaria en materia de alimentación y cumplirlos es una de las responsabilidades más importantes de las personas que prestan servicios de cuidado infantil.

Los requisitos para la obtención de la licencia relativos al servicio de comidas se dividen en dos tipos. El primer tipo abarca la seguridad alimentaria, que hace hincapié en cómo y por cuánto tiempo pueden almacenarse los alimentos en los centros de cuidado infantil. El segundo tipo abarca los tipos de alimentos que pueden o no darse a los niños en el centro y la cantidad de alimentos permitidos que los centros deben tener a mano. [1]

Apartado sobre la seguridad alimentaria

- Las áreas de servicio de alimentos deben tener un fregadero, un equipo de refrigeración, espacio para almacenar los alimentos, y agua corriente caliente y fría.
- El agua caliente debe estar bien caliente para limpiar minuciosamente todos los platos y utensilios después de usarlos.
- Las zonas de almacenamiento y preparación de alimentos deben mantenerse sin suciedad ni residuos y no deben estar contaminadas por plagas, moho y otros peligros para la salud.
- Todos los comestibles deben almacenarse separados de los artículos potencialmente peligrosos, como materiales de limpieza y venenos, lo que significa que no pueden almacenarse en la misma estantería ni en el mismo gabinete, ropero o alacena.
- Las neveras utilizadas para almacenar alimentos para niños deben mantenerse limpias y en buen estado de funcionamiento. No se deben servir alimentos a los niños que presenten algún signo de deterioro o contaminación.
- En los centros de cuidado infantil, todos los alimentos que proporcionen las familias, como leche o leche artificial, deben estar etiquetados con el nombre del niño al que van destinados, el contenido del recipiente y la fecha en la que se proporcionó al cuidador.



Figura 21.12.1: Las áreas de servicio de alimentos deben tener un fregadero, un equipo de refrigeración, espacio para almacenar los alimentos, y agua corriente caliente y fría. ([1])

Aunque no lo exigen los reglamentos, una práctica recomendable es no permitir que los niños compartan la comida que traen de casa. Esta práctica puede ayudar a evitar reacciones alérgicas y la propagación de enfermedades contagiosas.

Servicio de alimentos para bebés; Apartado 101427

- Se deberá completar un plan de alimentación individual para cada bebé antes del primer día del bebé en el centro. Este plan debe ser elaborado por el director o por el representante o el médico del niño.
- En el plan, se incluirán instrucciones para la dieta especial del bebé, el horario de alimentación, si toma leche materna o leche artificial, el calendario para la introducción de alimentos sólidos/nuevos, la constancia de los alimentos, lo que le gusta y lo que no le gusta, las alergias y el plan para introducir tazas y utensilios.
- Este plan se actualizará con la frecuencia necesaria.
- A los bebés que se alimentan con biberón se les dará de comer al menos cada cuatro horas.
- Los centros de cuidado infantil deberán disponer de alimentos adecuados para los bebés.
- El centro deberá ofrecer solo leches artificiales preparadas comercialmente que se almacenan y preparan según la etiqueta.

- El representante del bebé puede proporcionar leche artificial o leche materna. Esa leche deberá colocarse en un biberón antes de que el centro la pueda aceptar.
- Los biberones deberán estar rotulados.[1]
- El centro puede calentar la leche artificial o la leche materna.
- El centro debe mantener un suministro de tetinas. Los biberones o las tetinas no pueden compartirse entre los bebés, a menos que estén esterilizados.
- El personal debe sostener a los bebés que no puedan sostener el biberón para alimentarlos.
- Los biberones no se pueden apoyar; los bebés no deben llevar un biberón mientras deambulan; si se le da un biberón a un bebé capaz de sostener uno por sí mismo, debe ser irrompible.
- Se utilizarán tronas o equipos de asiento adecuados para los bebés mientras se los alimenta. El personal debe sostener a los bebés que no puedan sentarse sin ayuda para alimentarlos.
- Los biberones, los platos y los recipientes de comida que traigan del hogar los bebés deberán tener un rótulo con el nombre del bebé y la fecha actual. La leche artificial en un biberón que no se consumió en su totalidad se desechará al final de cada día.
- Los alimentos se desecharán si no se consumen en las 72 horas siguientes a la fecha que figura en el rótulo del envase. El centro no podrá servir miel.
- Los alimentos infantiles de preparación industrial que vienen en tarros se transferirán a un plato antes de dárselos al bebé. Los alimentos que sobren en el plato se desecharán.
- La madre puede acordar con el centro tener privacidad para amamantar al bebé. Los biberones y las tetinas del centro deberán esterilizarse.
- No se bañará a los bebés ni se lavarán los pañales o la ropa en la zona de preparación de alimentos.[2]



Figura 21.12.2: Alimentos rotulados con nombre y fecha. ([2])

Servicios personales para el cuidado de bebés; Apartado 101428

- Deberá haber un plan escrito para el aprendizaje del uso del inodoro para cada uno de los bebés que estén aprendiendo a ir al baño.
- Siempre que se utilice un orinal, se colocará en el suelo y, después de cada uso, se vaciará, limpiará y desinfectará de inmediato. No se dejará a ningún niño sin supervisión cuando esté usando un orinal.
- Cada niño recibirá instrucciones y ayuda para lavarse las manos después de usar el baño. Se deberá mantener limpio y seco al bebé en todo momento.
- La ropa sucia o mojada que brindó el representante del bebé se colocará en un recipiente hermético y se entregará al representante al final del día.
- Cuando se cambie un pañal, el bebé deberá estar en un cambiador y no se dejará a ningún bebé sin supervisión mientras esté en el cambiador.
- Las toallas y los paños que se utilizan para limpiar a los bebés no se compartirán y se lavarán después de cada uso. El cambiador se desinfectará después de cada uso.[3]

Tipos de alimentos permitidos (y no permitidos); Apartado 101227

Las comidas y los refrigerios deben cumplir con las directrices que sostiene la División de Licencias para la Atención Comunitaria y otras agencias gubernamentales que tratan la nutrición. Entre ellas se encuentran los tipos y las cantidades de los cuatro grupos de alimentos que se incluyen en las comidas y en los refrigerios, y la necesidad de servir solo bebidas saludables a los niños, que pueden ser:

- agua potable limpia y segura,
- leche al 1 % o descremada,
- no más de una ración de jugo de fruta al 100 % sin edulcorante añadido.

Las personas que proveen servicios de guardería deben publicar un menú completo de todas las comidas y los refrigerios que se vayan a servir con al menos una semana de antelación y actualizarlo cuando haya algún cambio. Pueden sustituir un elemento del menú que no figure en este si no se ha recibido o no está disponible el elemento original. El sustituto debe cumplir con las normas nutritivas establecidas.[1]

Recursos adicionales:



Referencias y Fuente de Figuras

[1] Departamento de Servicios Sociales de California. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado.

[2] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

[3] La sección Appendix B- Title 22 Licensing Regulation Highlights se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o conservada por Jennifer Paris.

21.12: Requisitos del servicio de alimentos para los centros de cuidado infantil; Apartado 101227 is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.13: Reglamentos adicionales específicos para los bebés

Plan de servicios y necesidades del bebé; Apartado 101419.2

- Debe completarse y archivarse un plan para cada bebé antes de asistir al centro.
- El plan deberá incluir un plan individual de alimentación, un plan individual para aprender a ir al baño y los servicios que se necesiten y que no estén dentro de los que se prestan en el programa. [1]

Modificaciones al plan de servicios y necesidades del bebé; Apartado 101419.3

- El plan se actualizará cada trimestre o con la frecuencia necesaria.[1]

Disciplina en el cuidado infantil; Apartado 101423.1

- Además de lo establecido en el Apartado 101223.3, está prohibido confinar a un bebé en una cuna, trona, corralito, o cualquier otro mueble o equipo como una forma de disciplina. [1]

Aislamiento en el cuidado infantil por enfermedad; Apartado 101426.2

- Además de lo establecido en el Apartado 101226.2, la zona de aislamiento debe contar con una cuna, un catre, una colchoneta o un corralito para cada bebé enfermo. El personal debe supervisar constantemente esta zona de aislamiento.[1]

Aislamiento en el cuidado infantil por enfermedad; Apartado 101426.2

- Además de lo establecido en el Apartado 101226.2, la zona de aislamiento debe contar con una cuna, un catre, una colchoneta o un corralito para cada bebé enfermo. El personal debe supervisar constantemente esta zona de aislamiento. [1]

Espacio para las actividades al aire libre para los niños; Apartado 101438.2

- Además de lo que se establece en el Apartado 101238.2, se tendrá en cuenta lo siguiente:
- El espacio al aire libre deberá estar físicamente separado del espacio que utilizan los niños que no están en el centro infantil. El espacio al aire libre deberá tener juguetes y equipos adecuados para la edad.[1]

Espacio para las actividades interiores para los bebés; Apartado 101438.3

- La zona donde los bebés duermen deberá estar físicamente separada del espacio para las actividades interiores.
- El espacio para las actividades interiores deberá tener juguetes y equipos lavables adecuados para la edad.[1]

Instalaciones, equipos y suministros para los centros de cuidado infantil; Apartado 101439

- Además de lo que se establece en el Apartado 101239, se tendrá en cuenta lo siguiente:
- Se dispondrá de mobiliario y equipamiento adecuado, como cunas, catres o colchonetas, cambiadores y sillas para comer. Las tronas, las mesas bajas para comer o los artefactos en donde se sienta a un bebé deberán tener patas de base ancha.
- No se permitirá que ningún bebé se ponga de pie en una trona.
- Todo el equipo se lavará y desinfectará después de cada uso.
- Los cambiadores de bebés deberán tener una superficie acolchada de no menos de 1 in (2.5 cm) de grosor y lados elevados de al menos 3 in (7.6 cm) de altura; deben mantenerse en buen estado, estar a menos de un brazo de distancia de un fregadero y no estar ubicados en la cocina o en la zona de preparación de alimentos.
- Deberá haber un lavamanos por cada 15 bebés y un orinal por cada 5 bebés que estén aprendiendo a ir al baño. No se permitirá que los niños jueguen con el orinal.
- Los contenedores para almacenar juguetes deberán ser seguros y mantenerse en buen estado. Los contenedores no podrán cerrarse con llave.
- Los juguetes deberán ser seguros y no deberán tener bordes afilados ni piezas pequeñas.
- Los aparatos, los muebles, los artefactos o los suministros no deben estar hechos de sustancias tóxicas ni contenerlas.

Equipo para dormir la siesta en centros de cuidado infantil; Apartado 101439.1

- Además de lo que se establece en el Apartado 101239.1, se tendrá en cuenta lo siguiente:
- Se proporcionará una cuna o una cuna portátil de tamaño estándar para seis años, para cada bebé que no pueda salir de la cuna. Las cunas no deben obstruir la visibilidad del bebé por parte del personal.
- Las cunas no deben limitar la capacidad del bebé para ponerse de pie.

- Los colchones de las cunas estarán cubiertos de vinilo o de un material similar resistente a la humedad, se limpiarán y se desinfectarán todos los días y cuando se mojen o ensucien.
- Las cunas se mantendrán en condiciones seguras. Solo un bebé podrá ocupar una cuna a la vez.
- La ropa de cama de cada bebé deberá ser utilizada únicamente por él y se sustituirá cuando esté mojada o sucia. La ropa de cama se cambiará todos los días o con mayor frecuencia si es necesario.
- Las cunas, las colchonetas o los catres estarán dispuestos de manera que haya un pasillo bien amplio entre las cunas, las colchonetas o los catres para que el personal pueda trabajar y llegar a cada bebé sin pasar sobre ningún otro.[1]

Referencias

[1] Appendix B- Title 22 Licensing Regulation Highlights se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o seleccionada por Jennifer Paris.

21.13: Reglamentos adicionales específicos para los bebés is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

21.14: Referencias

Abner, K. S., Gordon, R. A., Kaestner, R., & Korenman, S. (2013). Does child care quality mediate associations between type of care and development? *Journal of Marriage and Family, 75*, 1203–1217. https://doi.org/10.1111/jomf.12055.

Almond, D., & Currie, J. (2011). Human capital development before age five. In D. Card & O. Ashenfelter (Eds.), *Handbook of Labor Economics* (Vol. 4B, pp. 1315–1486). Elsevier.

Barnett, W. S. (2008). Preschool education and its lasting effects: Research and policy implications. Boulder and Tempe:Education and the Public Interest Center & Education Policy Research Unit. Extraído de https://nepc.colorado.edu/sites/default/files/PB-Barnett-EARLY-ED_FINAL.pdf. Se consultó el 27 de agosto de 2021.

Barraclough, S. J., & Smith, A. B. (1996). Do parents choose and value quality child care in New Zealand? *International Journal of Early Years Education*, *4*(1), 5–26. https://doi.org/10.1080/0966976960040101.

Burchinal, M., Vandergrift, N., Pianta, R., & Mashburn, A. (2010). Threshold analysis of association between child care quality and child outcomes for low-income children in pre-kindergarten programs. *Early Childhood Research Quarterly, 25*, 166–176. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2009.10.004.

California Department of Social Services . (1 de noviembre de 1998). *CHILD CARE CENTER GENERAL LICENSING REQUIREMENTS*. Requisitos de licencias generales para el centro de cuidado infantil. Extraído el 4 de mayo de 2022, de https://cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/ccc.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention. (10 de marzo de 2022). *Drowning facts*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Extraído el 13 de abril de 2022, de https://www.cdc.gov/drowning/facts/i...gs%20per%20day.

Cryer, D., & Burchinal, M. (1997). Parents as child care consumers. *Early Childhood Research Quarterly, 12*(1), 35– 58. https://doi.org/10.1016/S0885-2006(97)90042-9.

Cryer, D., Tietze, W., & Wessels, H. (2002). Parents' perceptions of their children's child care: A cross-national comparison. *Early Childhood Research Quarterly, 17*(2), 259–277. https://doi.org/10.1016/S0885-2006(02)00148-5. Helburn, S., & Howes, C. (1996). Child care cost and quality. *The Future of Children, 6*(2), 62–82. https://doi.org/10.2307/1602419.

Herbst, C. M. (2018). The Impact of quality rating and improvement systems on families' child care choices and the supply of child care labor. *Labour Economics, 54*, 172–190. https://doi.org/10.1016/j.labeco.2018.08.007.

Karoly, L. (2009). Design options for state preschool systems. En *Preschool adequacy and efficiency in California: Issues, policy options, and recommendations* (pp. 67–92). Santa Mónica, CA; Arlington, VA; Pittsburgh, PA: RAND Corporation. Extraído de https://www.jstor.org/stable/10.7249/mg889pf-wkkf-pew-nieer-wcjvsf-laup.11. Se consultó el 27 de agosto de 2021.

National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network, & Duncan, G. (2003). Modeling the impacts of child care quality on children's preschool cognitive development. *Child Development, 74*(5), 1454–1475. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00617

Nores, M., & Barnett, W. S. (2010). Benefits of early childhood interventions across the World: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review, 29*, 271–282. https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2009.09.001

La sección Apéndice B - Título 22: Aspectos destacados del reglamento de licencias se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o seleccionada por Jennifer Paris.

Pekkurnaz, D., Aran, M.A. & Aktakke, N. Does quality matter in determining child care prices? Evidence from private child care provision in Turkey. *ICEP* **15,** 11 (2021). https://doi.org/10.1186/s40723-021-00088-4 Este artículo se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Slot, P. (2018). Structural characteristics and process quality in early childhood education and care: A literature review. OECD Education Working Papers No. 176. OECD Publishing, París. https://doi.org/10.1787/edaf3793-en. Se consultó el 27 de agosto de 2021.

21.14: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

22: Prácticas de cuidado - Cuidados primarios

22.1: Introducción
22.2: Apego y cuidados primarios
22.3: Conclusión
22.4: Referencias

22: Prácticas de cuidado - Cuidados primarios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

22.1: Introducción

Introducción a cuidados primarios

El cuidado y la educación de alta calidad para los bebés y los niños pequeños comienza con el cuidado basado en las relaciones (Mangione, 2006). El cuidado primario es una práctica basada en la relación y consiste en asignar a cada niño (y a su familia) un cuidador que servirá como fuente principal de información y cuidado para el niño. El cuidado primario permite a los cuidadores desarrollar relaciones profundas con los niños y sus familias y ofrece oportunidades para proporcionar atención e interacciones individualizadas durante las rutinas y experiencias diarias. Este cuidado focalizado que brinda un adulto conocido puede proporcionar a los bebés y a los niños pequeños una sensación de previsibilidad y seguridad que viene con conocer las necesidades y preferencias únicas de cada niño.[1]



Figura 22.1.1: El cuidado focalizado es una ventaja de un sistema de cuidados primarios. ([2])

El cuidado primario no significa que los cuidadores atiendan únicamente a su pequeño grupo de niños y excluyan a los demás niños del grupo. Sino más bien, significa que cada cuidador, en la medida de lo posible, en una situación de cuidado en grupo, atiende y responde a las necesidades de cuidado rutinarias de los niños (por ejemplo, comer, ir al baño, cambiar los pañales, dormir) que se le asignan. Sin embargo, los cuidadores también trabajan en equipo y se apoyan mutuamente cuando no pueden trabajar directamente con sus niños. Por ejemplo, si un cuidador está ocupado cambiando el pañal de un niño, los demás cuidadores de la sala siguen atendiendo a los demás niños hasta que su cuidador principal regrese. Otra razón por la que el cuidado primario debe ser conceptualizado como un esfuerzo en equipo en lugar de un cuidado exclusivo es para aquellas situaciones en las que un cuidador primario no pueda trabajar (por ejemplo, enfermedad, vacaciones, etc.). Es imprescindible que todos los cuidadores mantengan relaciones respetuosas y establezcan confianza con todos los niños, incluso con los que no están bajo su cuidado principal.
Es igualmente importante que los padres y otros miembros de la familia sepan quién es el principal responsable de su hijo; esto puede reforzar la relación padres-cuidador y la comunicación entre el hogar y el programa de cuidado de niños.[3]

Mientras que el cuidado primario es una práctica común en los Estados Unidos, no es una práctica comúnmente implementada en todo el mundo, incluso en los países altamente desarrollados. En Singapur, por ejemplo, el cuidado primario no se practica con frecuencia con bebés y niños pequeños (Ebbeck et al., 2015). Sin embargo, en un estudio diferente con padres de niños menores de tres años en Singapur, la mayoría de los padres expresaron su deseo de que su hijo fuera atendido por el mismo cuidador, y los padres de los programas que implementaron el cuidado primario informaron altos niveles de satisfacción con la práctica (Ebbeck, Yim, Ho & Sharma, 2022).

A pesar del fuerte reconocimiento de la importancia del cuidado primario por parte de organizaciones como Zero to Three, el Programa para el Cuidado de Bebés y Niños Pequeños (PITC) y la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC), hay muy poca evidencia empírica que investigue directamente el cuidado primario como práctica (Lee, Shin & Recchia, 2016). La investigación que se utiliza para justificar la importancia del cuidado primario proviene principalmente de las exploraciones empíricas sobre el desarrollo del apego. Dado que el cuidado primario es una práctica que fomenta el desarrollo de un apego seguro entre los cuidadores y los niños, a menudo se asume que el cuidado primario también apoyaría los resultados positivos del desarrollo asociados con el apego seguro (Bernhardt, 2000; Lally & Mangione, 2017).



Figura 22.1.2: El cuidado primario permite un cuidado focalizado. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] "*Individualizing care for infants and toddlers - part 1*" de Head Start ECLKC es de dominio público.

[2] La imagen de "*Individualizing care for infants and toddlers - part 1*" de Head Start ECLKC es de dominio público.

[3] "*Individualizing care for infants and toddlers - part 1*" de Head Start ECLKC es de dominio público.

22.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

22.2: Apego y cuidados primarios

El apego

La teoría del apego fue desarrollada por John Bowlby en el siglo XX para comprender la reacción de un bebé ante la pérdida a corto plazo de su cuidador (Bowlby, 1969). Bowlby propuso que los niños están preprogramados desde el nacimiento para desarrollar apegos y mantener la proximidad a sus figuras de apego principales, que eran típicamente las madres, pero podía ser cualquier persona que asumiera el papel de cuidador del niño. Utilizó el término “apego” en un esfuerzo consciente por alejarse de términos deficitarios como “dependencia” y “sobredependencia”, que históricamente se utilizaban para explicar lo que Bowlby acuñó como “conductas de apego” (Bowlby, 1969). Definidas como “la búsqueda y el mantenimiento de la proximidad a otra persona” (Bowlby, 1969), las conductas de apego permiten a los bebés y a los niños pequeños mantenerse cerca de su figura de apego, ya sea demostrando conductas de señalización, como el llanto y la sonrisa, o conductas de aproximación, como el seguimiento y el aferramiento (Ainsworth & Bell, 1970).[1]

La investigación sobre las relaciones de apego tiene importantes implicaciones para apoyar la aplicación del cuidado primario.
El primer año de vida se considera un período crítico para el desarrollo del apego y los bebés y niños pequeños requieren una base segura en los entornos de cuidado infantil, además del entorno del hogar, para desarrollar apegos seguros (Lee, 2016).
Es fundamental que los cuidadores comprendan la importancia de las relaciones seguras y su impacto en el bienestar futuro de los niños. En lugar de una única figura de apego primaria, los niños necesitan tener acceso a figuras de apego que estén siempre disponibles, que pueden incluir una combinación de su madre, su padre o uno o varios cuidadores remunerados (Brown et al., 2022; van IJzendoorn et al., 1992). Como resultado de una red de figuras de apego, la base segura de los niños se mantiene cuando se separan de una figura de apego específica.[1]

Décadas de investigación longitudinal han apoyado la noción de que las diferencias individuales en la seguridad del apego de los niños con sus cuidadores primarios son de importancia crítica para el desarrollo social, emocional y cognitivo de los niños. Varios metanálisis sugieren que las variaciones en la seguridad del apego se asocian con diferencias individuales en una serie de resultados infantiles: una mayor seguridad del apego (en comparación con la inseguridad) se asocia con una mejor competencia social (Groh et al., 2014, 2017), comprensión de las emociones (Cooke et al., 2016), la calidad de las relaciones con los compañeros (Pallini et al., 2014), la competencia lingüística (Van IJzendoorn, Dijkstra & Bus, 1995), así como un menor número de problemas de conducta internalizantes (Groh et al., 2012, 2017; Madigan, Atkinson, Laurin & Benoit, 2013) y externalizantes (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2017). Además, la seguridad del apego durante los tres primeros años de vida está relacionada con el desarrollo cerebral posterior (Hidalgo et al., 2019; Leblanc et al., 2017; Leblanc, Dégeilh, Beauchamp & Bernier, 2022; Moutsiana et al., 2015).

Referencias

[1] Wilson-Ali et al., (2019). Multiple perspectives on attachment theory: Investigating educators’ knowledge and understanding. *Australasian Journal of Early Childhood*, *44*(3), 215-229. CC by NC 4.0

22.2: Apego y cuidados primarios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

22.3: Conclusión

Conclusión sobre los cuidados primarios

Si el cuidado y la educación de alta calidad para bebés y niños pequeños comienza con el cuidado basado en las relaciones (Mangione, 2006), entonces el cuidado primario es una práctica crítica que todos los programas de cuidado infantil deben adoptar y apoyar. El cuidado primario fomenta el desarrollo de un apego seguro, que está relacionado con diversos resultados positivos del desarrollo. Además, el cuidado primario puede reforzar la relación entre los cuidadores y los padres.

22.3: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

22.4: Referencias

Ainsworth, M. D., Bell, S. (1970). *Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. Child Development, 41*(1), 49–67.

Bernhardt, J. L. (2000). *A primary caregiving system for infants and toddlers: Best for everyone involved. Young Children, 55(2)*, 74-80.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment.* Nueva York: Basic Books.

Brown, G. L., Mangelsdorf, S. C., Neff, C., Shigeto, A., Aytuglu, A., & Thomas, C. R. (2022). *Infant attachment configurations with mothers and fathers: Implications for triadic interaction quality and children's parental preferences. Early Childhood Research Quarterly, 58*, 155-164.

Cooke, J. E., Stuart-Parrigon, K. L., Movahed-Abtahi, M., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2016). *Children's emotion understanding and mother–child attachment: A meta-analysis. Emotion, 16*(8), 1102.

Ebbeck, M., Phoon, D. M. Y., Tan-Chong, E. C. K., Tan, M. A. B., & Goh, M. L. M. (2015). *A research study on secure attachment using the primary caregiving approach. Early Childhood Education Journal, 43*(3), 233-240.

Ebbeck, M., Yim, H. Y. B., Ho, S. Y., & Sharma, M. (2022). *Continuity of care: Primary caregiving in Singapore. Early Childhood Education Journal, 50*(2), 291-300.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. Child Development, 81*(2), 435-456.

Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). *The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. Attachment & Human Development, 16*(2), 103-136.

Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). *Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. Child Development Perspectives, 11*(1), 70-76.

Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). *The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. Child Development, 83*(2), 591-610.

Hidalgo, A. P. C., Muetzel, R., Luijk, M. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., El Marroun, H., Vernooij, M. W., IJzendoorn, M. H., White, T. & Tiemeier, H. (2019). *Observed infant-parent attachment and brain morphology in middle childhood–A population-based study. Developmental Cognitive Neuroscience, 40*, 100724.

Lally, J. R., & Mangione, P. (2017). *Caring relationships: The heart of early brain development. Young Children, 72*(2), 17-24.
Leblanc, É., Dégeilh, F., Beauchamp, M. H., & Bernier, A. (2022). *Disorganized attachment behaviors in infancy as predictors of brain morphology and peer rejection in late childhood. Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 1-16.

Leblanc, É., Dégeilh, F., Daneault, V., Beauchamp, M. H., & Bernier, A. (2017). *Attachment security in infancy:* A preliminary study of prospective links to brain morphometry in late childhood. *Frontiers in Psychology, 8*, 2141.

Lee, Y. (2016). *Relationship-based developmentally supportive approach to infant childcare practice. Early Childhood Development and Care, 186(5), 734–749.*

Lee, S. Y., Shin, M., & Recchia, S. L. (2016). *Primary caregiving as a framework for preparing early childhood preservice students to understand and work with infants. Early Education and Development, 27*(3), 336-351.

Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). *Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. Developmental Psychology, 49*(4), 672.

Mangione, P. (2006). *Creating responsive, reciprocal relationships with infants and toddlers.* En Lally, J. R., Mangione, P. L. & Greenwald, D. (Editores), *Concepts for care* (pág. 25-30). California: WestEd.

Moutsiana, C., Johnstone, T., Murray, L., Fearon, P., Cooper, P. J., Pliatsikas, C., Goodyear, I. & Halligan, S. L. (2015). *Insecure attachment during infancy predicts greater amygdala volumes in early adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(5), 540-548.

Pallini, S., Baiocco, R., Schneider, B. H., Madigan, S., & Atkinson, L. (2014). *Early child–parent attachment and peer relations: A meta-analysis of recent research. Journal of Family Psychology, 28*(1), 118.

Regalado, M., & Halfon, N. (2001). *Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 155*(12), 1311-1322.

van IJzendoorn, M. H., Dijkstra, J., & Bus, A. G. (1995). *Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. Social Development, 4*(2), 115-128.

van IJzendoorn, M. H., Sagi, A., Lambermon, M. W. (1992). *The multiple caregiver paradox:* Datos de Holanda e Israel. *New Directions for Child Development, 57*, 5-24.

22.4: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

23: Prácticas de cuidado -- Grupos pequeños y proporciones bajas

23.1: Introducción
23.2: Grupos pequeños
23.3: Proporciones bajas
23.4: Beneficios de los grupos pequeños y de las proporciones bajas
23.5: Conclusión
23.6: Referencias

23: Prácticas de cuidado -- Grupos pequeños y proporciones bajas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

23.1: Introducción

Introducción a grupos pequeños y proporciones bajas

La infancia y la niñez son años críticos en la configuración de las trayectorias de desarrollo de los niños (Gilkerson et al., 2018). Las investigaciones han demostrado que los programas de alta calidad para la primera infancia pueden mejorar el desarrollo infantil (Davies et al., 2021; Narea, Arriagada & Allel, 2020; Orri et al., 2019); por lo tanto, es importante identificar los aspectos de los programas que son factores clave para favorecer el desarrollo de los niños. El tamaño del grupo y la proporción entre cuidadores y niños son dos aspectos de la calidad estructural identificados como indicadores clave de calidad por diversas organizaciones como American Academy of Pediatrics (AAP), la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC) y el Programa para el Cuidado de Bebés y Niños Pequeños (PITC) (Donoghue et al., 2017; Lally, 2009; National Association for the Education of Young Children, 2005).[1]



Figura 23.1.1: Los grupos pequeños permiten un cuidado más focalizado. ([2])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Perlman et al., (2017) *Child-staff ratios in early childhood education and care settings and child outcomes: A systematic review and meta-analysis. PloS One, 12*(1), e0170256. CC by 4.0

[2] La imagen de Head Start ECLKC es de dominio público

23.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

23.2: Grupos pequeños

Definir los grupos pequeños

Grupos pequeños hace referencia a no superar el número recomendado de bebés y niños pequeños por habitación. El PITC recomienda entre 6 y 12 bebés y niños pequeños en una habitación, dependiendo de la edad de los niños (Weinstock et al., 2012). En general, cuanto más pequeños sean los niños, menor será el número total de niños por habitación. Para grupos de bebés de la misma edad menores de ocho meses, el PITC recomienda un máximo de seis bebés. Para grupos de niños de la misma edad de entre 8 y 18 meses, el PITC recomienda un máximo de nueve niños. Para grupos de niños pequeños de la misma edad de entre 18 y 36 meses, el PITC recomienda un máximo de doce niños. Para los grupos de edad mixta con niños entre recién nacidos y los 36 meses, cuando al menos un niño tiene 24 meses, el PITC recomienda un máximo de ocho niños. Las recomendaciones sobre el tamaño máximo
de los grupos de la AAP son un poco diferentes de las del PITC y distinguen entre los programas de cuidado infantil familiar y los programas en centros de cuidado infantil con recomendaciones sobre el tamaño de los grupos (American Academy of Pediatrics, 2019).[1]

Tabela \(\PageIndex{1}: Recomendaciones sobre el tamaño del grupo y la proporción para los grupos de niños de la misma edad [2]

Edad	Tamaño del grupo	Proporción adulto/niños
Desde el nacimiento hasta los 8 meses	6	1:3
Desde los 8 hasta los 18 meses	9	1:3
Desde los 18 hasta los 36 meses	12	1:4

Table \(\PageIndex{2}: Recomendaciones sobre el tamaño del grupo y la proporción para los grupos de niños de edad mixta[3]

Edad	Tamaño del grupo	Proporción adulto/niños
Desde el nacimiento hasta los 36 meses	8	1:4

Muchos programas para bebés y niños pequeños no cumplen las recomendaciones para grupos pequeños. En la Figura#, se muestra el porcentaje de programas para bebés y niños pequeños que cumplían las directrices sobre el tamaño de los grupos (National Institute of Child Health and Human Development, 2006). Los programas tenían más probabilidades de cumplir las recomendaciones sobre el tamaño del grupo con los niños de tres años (63 %) y menos probabilidades de cumplir las recomendaciones con los niños de 1½ a 2 años, con un 25 % y un 28 %, respectivamente. Cuando los niños tenían seis meses de edad, el 35 % de los programas cumplían las directrices.

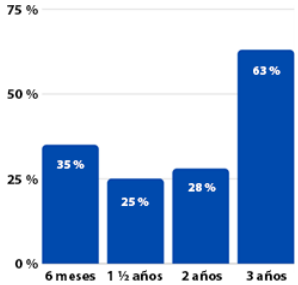


Figura 23.2.1: Porcentaje de programas que cumplen las directrices recomendadas para el tamaño de los grupos. ([4])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Weinstock et al., (2012). *Evaluation of the Program for Infant/Toddler Care (PITC): An on-site training of caregivers*. Washington, DC: National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education es de dominio público.

[2] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

[3] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

[4] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

23.2: Grupos pequeños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

23.3: Proporciones bajas

Proporciones

El número de cuidadores asignados a un grupo de niños se refiere a la proporción entre adultos y niños. Una proporción baja significa no superar el número recomendado de adultos asignados a un grupo de bebés y niños pequeños. Para los bebés desde el nacimiento hasta los doce meses de edad, la AAP recomienda una proporción de 1:3; es decir, un cuidador asignado cada tres bebés en una clase (American Academy of Pediatrics, 2019). La AAP recomienda una proporción de 1:4 para los niños de entre 13 y 35 meses; es decir, un cuidador asignado cada cuatro niños pequeños en una clase. Estas directrices de proporción de la AAP están respaldadas por las recomendaciones del PITC, que sugiere una proporción de 1:3 o 1:4, dependiendo de la edad de los niños, con una proporción menor para los niños más pequeños (Programa para el Cuidado de Bebés y Niños Pequeños, 2022).

Muchos programas para bebés y niños pequeños no cumplen las recomendaciones de proporción entre adultos y niños. En la Figura#, se muestra el porcentaje de programas para bebés y niños pequeños que cumplían las directrices sobre la proporción (National Institute of Child Health and Human Development, 2006). Los programas tenían más probabilidades de cumplir las recomendaciones de la proporción con los niños de tres años (56 %) y menos probabilidades de cumplir las recomendaciones con los niños de 1½ a 2 años, con un 20 % y un 26 %, respectivamente. Cuando los niños tenían seis meses de edad, el 36 % de los programas cumplían las directrices.

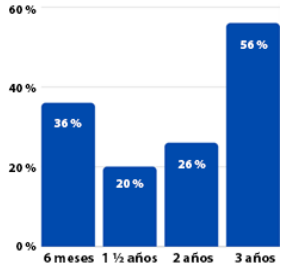


Figura 23.3.1: Porcentaje de programas que cumplen las directrices recomendadas en cuanto a la proporción entre adultos y niños. ([1])

Fuente de Figuras

[1] Imagen de Todd LaMarr con licencia CC by 4.0

23.3: Proporciones bajas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

23.4: Beneficios de los grupos pequeños y de las proporciones bajas

¿Por qué grupos pequeños y proporciones bajas?

Es importante distinguir entre los estudios de investigación que se centran en bebés y niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 36 meses) y los estudios que se centran en niños mayores de tres años. Los resultados de las investigaciones sobre las asociaciones entre las proporciones de adultos y niños y los resultados del desarrollo han sido contradictorios con los niños mayores. En la etapa preescolar, algunos estudios demuestran que las mejores proporciones se asocian con mejores resultados de los niños, mientras que otros estudios han encontrado beneficios débiles o nulos (Francis & Barnett, 2019; Perlman et al., 2017; Pianta et al. 2005). Por el contrario, la mayoría de los estudios con bebés y niños pequeños encuentran resultados beneficiosos para los grupos pequeños y las proporciones bajas (para las excepciones ver Blau, 2000, y Slot, Leseman, Verhagen & Mulder, 2015). Por lo tanto, este conjunto de investigaciones enfatiza que el cuidado y la educación de los bebés y niños pequeños deben considerarse distintos de la etapa preescolar y que los grupos pequeños y las proporciones bajas pueden ser más importantes durante los tres primeros años, especialmente para los bebés (American Academy of Pediatrics, 2019; De Schipper, Riksen-Walraven & Geurts, 2006).[1]

En general, los grupos pequeños y las proporciones bajas están relacionados con mejores resultados para los bebés y niños pequeños (Howes, Phillips y Whitebook, 1992). Los grupos pequeños y las proporciones más bajas se asocian a interacciones más cálidas y receptivas (Burchinal, Cryer, Clifford & Howes, 2002; Early Child Care Research Network, 2006; Phillipsen, Burchinal, Howes & Cryer, 1997; Vandell, 1996). Las relaciones sensibles entre los cuidadores y los bebés son más comunes en las clases con grupos más pequeños (Barros et al., 2016). Las investigaciones han descubierto que, a medida que aumenta la proporción de bebés por cuidador, disminuye la calidad del cuidado entre los cuidadores y los niños (Leach et al., 2008; Rentzou & Sakellariou, 2011). Por ejemplo, con proporciones más altas de bebés, los cuidadores son menos capaces de proporcionar interacciones de calidad que sean sensibles y receptivas (Pessanha et al., 2017; Thomason & La Paro, 2009). Los cuidadores muestran un afecto más positivo y son menos restrictivos con las acciones de los niños pequeños cuando las proporciones son bajas (Howes, 1983; Thomason & La Paro, 2009). En los programas con una proporción alta, los niños pequeños son más propensos a mostrar problemas de comportamiento (Kohl et al., 2020). Por último, las proporciones bajas están relacionadas con una mayor capacidad lingüística de los bebés. En concreto, los grupos pequeños con una proporción de un cuidador cada tres bebés tenían mayores habilidades lingüísticas que los grupos con más de tres bebés por cuidador (Burchinal, Roberts, Nabors & Bryant, 1996; Burchinal et al., 2000). Cuando las proporciones son bajas, los cuidadores entablan más conversaciones y juegos complejos con los niños pequeños (Howes & Rubenstein, 1985).[2]

Referencias

[1] Perlman *et al*., (2017). *Child-staff ratios in early childhood education and care settings and child outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *PloS One*, *12*(1), e0170256. CC by 4.0

[2] Løkken *et al*., (2018). *The relationship between structural factors and interaction quality in Norwegian ECEC for toddlers*. *International Journal of Child Care and Education Policy*, *12*(1), 1-15. CC by 4.0

23.4: Beneficios de los grupos pequeños y de las proporciones bajas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

23.5: Conclusión

Conclusión sobre los grupos pequeños y las proporciones bajas

Mientras nos esforzamos por ofrecer una atención y educación de máxima calidad a los bebés y niños pequeños, es imprescindible que apliquemos prácticas que promuevan una calidad óptima. El tamaño reducido de los grupos y las proporciones bajas son dos prácticas que los programas de cuidado infantil pueden implementar para mejorar la calidad, ya que la mayoría de las investigaciones han encontrado que ambas prácticas están relacionadas con resultados positivos en el desarrollo.

23.5: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

23.6: Referencias

American Academy of Pediatrics. (2019). *Caring for our children, national health and safety performance standards.* American Academy of Pediatrics.

Barros, S., Cadima, J., Bryant, D. M., Coelho, V., Pinto, A. I., Pessanha, M., & Peixoto, C. (2016). *Infant child care quality in Portugal: Associations with structural characteristics. Early Childhood Research Quarterly, 37*, 118-130.

Blau, D. M. (2000). *The production of quality in child-care centers: Another look. Applied Developmental Science, 4(3)*, 136- 148.

Burchinal, M. R., Cryer, D., Clifford, R. M., & Howes, C. (2002). *Caregiver training and classroom quality in child care centers. Applied Developmental Science, 6*(1), 2-11.

Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Nabors, L. A., & Bryant, D. M. (1996). *Quality of center child care and infant cognitive and language development. Child Development, 67*(2), 606-620.

Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Riggins, Jr, R., Zeisel, S. A., Neebe, E., & Bryant, D. (2000). *Relating quality of center-based child care to early cognitive and language development longitudinally. Child Development, 71*(2), 339-357.

Davies, C., Hendry, A., Gibson, S. P., Gliga, T., McGillion, M., & Gonzalez-Gomez, N. (2021). *Early childhood education and care (ECEC) during COVID-19 boosts growth in language and executive function. Infant and Child Development*, e2241.

De Schipper, E. J., Riksen-Walraven, J. M. & Geurts, S. A. (2006). *Effects of child–caregiver ratio on the interactions between caregivers and children in child-care centers: An experimental study. Child Development, 77*(4), 861-874.

Donoghue, E. A., Lieser, D., DelConte, B., Donoghue, E., Earls, M., Glassy, D., Mendelsohn, A., McFadden, T., Scholer, S., Takagishi, J., Vanderbilt, D. & Williams, P. G. (2017). *Quality early education and child care from birth to kindergarten. Pediatrics, 140*(2).

Early Child Care Research Network (ECCRN). (2006). *Child-care effect sizes for the NICHD study of early child care and youth development. American Psychologist, 61*(2), 99-116.

Francis, J., & Barnett, W. S. (2019). *Relating preschool class size to classroom quality and student achievement. Early Childhood Research Quarterly, 49*, 49-58.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). *Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. Pediatrics, 142*(4).

Howes, C. (1983). *Caregiver behavior in center and family day care. Journal of Applied Developmental Psychology, 4*(1), 99- 107.

Howes, C., Phillips, D. A., & Whitebook, M. (1992). *Thresholds of quality: Implications for the social development of children in center-based child care. Child Development, 63*(2), 449-460.

Howes, C., & Rubenstein, J. L. (1985). *Determinants of toddlers' experience in day care: Age of entry and quality of setting. Child Care Quarterly, 14*(2), 140-151.

Hubel, G. S., Davies, F., Goodrum, N. M., Schmarder, K. M., Schnake, K., & Moreland, A. D. (2020). *Adverse childhood experiences among early care and education teachers: Prevalence and associations with observed quality of classroom social and emotional climate. Children and Youth Services Review, 111*, 104877.

Kohl, K., Bihler, L. M., Willard, J. A., Agache, A., & Leyendecker, B. (2020). *Linking quantity and quality of early childhood education and care to children's socio-emotional adjustment: A German cross-sectional study. Early Education and Development, 31*(2), 177-199.

Lally, J. R. (2009). *The science and psychology of infant-toddler care: How an understanding of early learning has transformed child care. Zero to Three, 30*(2), 47-53.

Leach, P., Barnes, J., Malmberg, L. E., Sylva, K., Stein, A., y el equipo del FCCC 1. (2008). *The quality of different types of child care at 10 and 18 months: A comparison between types and factors related to quality. Early Child Development and Care, 178*(2), 177-209.

Narea, M., Arriagada, V., & Allel, K. (2020). *Center-based care in toddlerhood and child cognitive outcomes in Chile: The moderating role of family socio-economic status. Early Education and Development, 31*(2), 218-233.

National Association for the Education of Young Children. (2005). *NAEYC early childhood program standards and accreditation criteria: The mark of quality in early childhood education*. National Association for the Education of Young Children.

Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (2006). *The NICHD study of early child care and youth development: Findings for children up to age 4½ years*. Disponible en línea en https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/documents/seccyd_06.pdf

Orri, M., Tremblay, R. E., Japel, C., Boivin, M., Vitaro, F., Losier, T., Brendgen, M. R., Falissard, B., Melchior, M., & Côté, S. M. (2019). *Early childhood child care and disruptive behavior problems during adolescence: A 17-year population-based propensity score study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(11), 1174-1182.

Perlman, M., Fletcher, B., Falenchuk, O., Brunsek, A., McMullen, E., & Shah, P. S. (2017). *Child-staff ratios in early childhood education and care settings and child outcomes: A systematic review and meta-analysis. PloS One, 12*(1), e0170256.

Pessanha, M., Peixoto, C., Barros, S., Cadima, J., Pinto, A. I., Coelho, V., & Bryant, D. M. (2017). *Stability and change in teacher-infant interaction quality over time. Early Childhood Research Quarterly, 40*, 87-97.

Phillipsen, L. C., Burchinal, M. R., Howes, C., & Cryer, D. (1997). *The prediction of process quality from structural features of child care*. *Early Childhood Research Quarterly, 12*(3), 281-303.

Pianta, R., Howes, C., Burchinal, M., Bryant, D., Clifford, R., Early, D., & Barbarin, O. (2005). *Features of pre-kindergarten programs, classrooms, and teachers: Do they predict observed classroom quality and child-teacher interactions? Applied Developmental Science*, *9*(3), 144-159.

Program for Infant and Toddler Care (18 de enero de 2022). *About*. *Program for Infant and Toddler Care*. Disponible en línea en: https://www.pitc.org/about

Rentzou, K., & Sakellariou, M. (2011). *The quality of early childhood educators: Children's interaction in Greek child care centers. Early Childhood Education Journal, 38*(5), 367-376.

Slot, P. L., Leseman, P. P., Verhagen, J., & Mulder, H. (2015). *Associations between structural quality aspects and process quality in Dutch early childhood education and care settings. Early Childhood Research Quarterly, 33*, 64-76.

Thomason, A. C., & La Paro, K. M. (2009). *Measuring the quality of teacher–child interactions in toddler child care*. *Early Education and Development, 20*(2), 285-304.

Vandell, D. L. (1996). *Characteristics of infant child care: Factors contributing to positive caregiving: NICHD early child care research network. Early Childhood Research Quarterly, 11*(3), 269-306.

Weinstock, P., Bos, J., Tseng, F., Rosenthal, E., Ortiz, L., Dowsett, C., Huston, A. & Bentley, A. (2012). *Evaluation of the Program for Infant/Toddler Care (PITC): An on-site training of caregivers*. Washington, DC: National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education.

23.6: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

24: Prácticas de cuidado - Continuidad de la atención

24.1: Introducción

24.2: La continuidad de la atención como práctica de cuidado

24.3: Conclusión

24.4: Referencias

24: Prácticas de cuidado - Continuidad de la atención is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

24.1: Introducción

Introducción a la continuidad de la atención

Los niños se desarrollan más rápidamente durante los tres primeros años que en cualquier otro momento del desarrollo. Para apoyar este rápido desarrollo, los bebés y los niños pequeños merecen relaciones respetuosas y enriquecedoras con sus cuidadores, porque el aprendizaje óptimo se produce dentro de relaciones positivas. Esta sección introducirá la práctica de la continuidad de la atención, describirá cómo se implementa en los programas de cuidado grupal y resumirá sus beneficios.

24.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

24.2: La continuidad de la atención como práctica de cuidado

Cómo aplicar la continuidad de la atención

La continuidad de la atención se refiere a la práctica en la que los cuidadores principales y los niños permanecen juntos durante el mayor tiempo posible, preferiblemente durante los primeros tres años de los niños (McMullen, 2018). Las aulas, los materiales y los insumos pueden cambiar a medida que los niños crecen, pero lo único constante son las relaciones. Por lo tanto, la continuidad de la atención es una práctica de cuidado que pone a las relaciones en el centro, con el objetivo de crear y profundizar las relaciones entre los cuidadores y los niños y entre los cuidadores y las familias. La continuidad de la atención contrasta con la práctica habitual de trasladar a los bebés y a los niños pequeños a aulas nuevas en función de su edad o de la adquisición de habilidades (Cryer, Hurwitz & Wolery, 2000).



Figura 24.2.1: La continuidad de la atención permite establecer relaciones más profundas. ([1])

Los programas pueden crear sistemas de continuidad de la atención de tres maneras. Los programas pueden elegir un sistema en función del espacio, los materiales y recursos, la experiencia del personal y las necesidades de los padres y de la comunidad:[2]

1. Agrupar a los bebés y los niños pequeños de distintas edades haciendo que los mismos cuidadores principales trabajen con clases de bebés y niños pequeños de distintas edades. El entorno debe incluir equipos y materiales basados en las edades de los niños
   (el rango de edad depende de los niños actuales) y sus intereses, necesidades y habilidades. A medida que los niños pasan al preescolar, se añaden los bebés o niños pequeños recién inscritos. Los mismos maestros permanecen en el aula. La Figura24.2.2 muestra una ilustración de este sistema de continuidad de la atención. En el aula “A”, un cuidador principal tiene un grupo de bebés y niños pequeños de distintas edades. Cuando los niños tienen la edad suficiente para asistir al preescolar, pasan a una nueva clase de preescolar, el aula “B”, y los bebés y niños pequeños nuevos se inscriben en el aula “A”.[2]



Figura 24.2.2: Sistema de continuidad de atención n.° 1. ([1])

2. Mantenga a los niños de edad similar juntos con el mismo maestro. A medida que los niños crecen, los niños y los cuidadores se trasladan a un espacio más apropiado para su edad. En esta modalidad, los maestros trabajan con grupos de diferentes edades durante varios años. La Figura24.2.3 muestra una ilustración de este sistema de continuidad de atención. En el aula “A” la maestra está con un grupo de bebés. A medida que los bebés crecen, la maestra y los niños se trasladan a una nueva aula más apropiada para su edad. El aula “B” muestra a la misma maestra y a los mismos niños que el aula “A”, pero ahora los niños son mayores y están todos juntos en una nueva aula.[2]

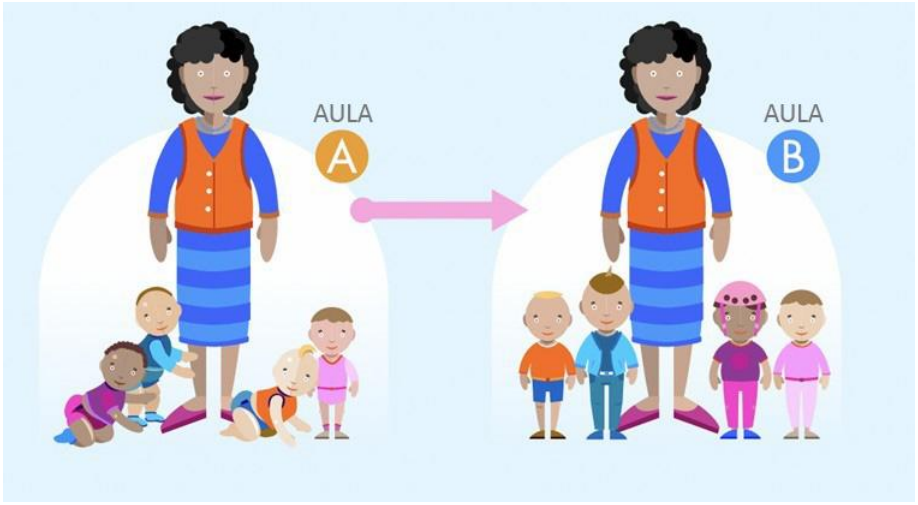


Figura 24.2.3: Sistema de continuidad de atención n.° 2. ([2])

3. Otro sistema de continuidad de la atención implica que los niños, de edad similar, permanezcan con el mismo cuidador principal en la misma aula. A medida que los niños crecen, permanecen en la misma aula con sus cuidadores, pero estos adaptan el entorno y los materiales a medida que cambian las capacidades e intereses de los niños. La Figura 24.2.4 proporciona una ilustración. En el aula “A”, el cuidador y los bebés se encuentran en un aula adecuada a su edad. A medida que los niños crecen, en lugar de cambiar de aula, esta se adapta a la edad de sus capacidades e intereses en desarrollo. De este modo, los niños y el cuidador pueden permanecer juntos y quedarse en la misma aula con el paso del tiempo.[2]

4.



Figura 24.2.4: Sistema de continuidad de atención n.° 3. ([1])

La continuidad de la atención se basa en la investigación de la teoría del apego que apoya la importancia de las relaciones constantes y seguras entre los cuidadores y los niños, especialmente los bebés y los niños pequeños. Un estudio clásico de Helen Raikes (1993) es una prueba contundente de los beneficios de la continuidad de la atención. Raikes descubrió que cuanto más tiempo permanecían los bebés con el mismo cuidador principal, más probabilidades tenían de desarrollar un apego seguro. En concreto, de los bebés que permanecieron con el mismo cuidador durante más de un año, el 91 % desarrolló un apego seguro, en comparación con los bebés que permanecieron con el mismo cuidador de los 9 a los 12 meses (el 67 % desarrolló un apego seguro) y de los 5 a los 8 meses
(el 50 % desarrolló un apego seguro). Los niños pequeños que asisten a aulas de continuidad de la atención son calificados por sus cuidadores como los que tienen menos conductas desafiantes (Ruprecht, Elicker & Choi, 2016). Tener un cuidador constante y estable favorece el desarrollo de un apego fuerte entre los niños y sus cuidadores principales (Barnas & Cummings, 1994).
Los bebés y los niños pequeños con cuidadores más estables obtuvieron mejores resultados en las habilidades sociales más tarde en el jardín de infantes (Bratsch-Hines et al., 2020). De hecho, tanto los padres como los cuidadores informan que uno de los principales beneficios de la continuidad de la atención es el aumento del conocimiento que los cuidadores tienen de los niños individuales al trabajar con ellos durante un período de tiempo más largo (McMullen, Yun, Mihai & Kim, 2016).

Beneficios de la continuidad de la atención

La continuidad de la atención no sólo beneficia la relación entre los cuidadores y los niños, sino también la relación entre los cuidadores y las familias de los niños. Pasar más tiempo juntos significa que los cuidadores y las familias podrían desarrollar una comprensión más profunda del otro con una relación de confianza enriquecida por las experiencias a lo largo del tiempo. De hecho, los padres informan cómo la continuidad de la atención crea una relación de confianza y comunicación abierta entre el cuidador y los padres (McMullen, Yun, Mihai & Kim, 2016). Tanto los cuidadores como los padres informaron que su experiencia con la continuidad de la atención creó un respeto mutuo y ambos percibieron su relación más como una colaboración (McMullen, Yun, Mihai & Kim, 2016).



Figura 24.2.5: Bebés y niños pequeños en un aula de distintas edades. ([1])

No solo hay beneficios respaldados por la investigación para implementar la continuidad de la atención, sino que también hay preocupaciones respaldadas por la investigación para no implementarla. Cuando los bebés y los niños pequeños hacen la transición a una nueva aula, muestran un aumento de la angustia y la ansiedad (Cryer et al., 2005; Field, Vega-Lahr & Jagadish, 1984; O'Farrelly & Hennessy, 2014; Schipper, IJzendoorn & Tavecchio, 2004). Otras investigaciones destacan que cada niño puede experimentar la transición de una clase de bebés a una de niños pequeños de manera diferente y que dicha experiencia está muy influenciada por los cuidadores (Recchia, 2012; Recchia & Dvorakova, 2012).

A pesar de que muchas organizaciones promueven la importancia de la continuidad de la atención, pocos programas de cuidado grupal de bebés y niños pequeños realmente la implementan como una práctica (Aguillard, Pierce, Benedict & Burts, 2005; Choi, Horm & Jeon, 2018; Cryer, Hurwitz & Wolery, 2000). La investigación ha revelado que los programas acreditados por la NAEYC (Asociación Nacional para la Educación de los Niños Pequeños) tenían la misma poca probabilidad de practicar la continuidad de la atención que los programas de atención grupal sin acreditación de la NAEYC (Aguillard, Pierce, Benedict & Burts, 2005). En un gran estudio nacional con programas de bebés y niños pequeños de Early Head Start, solo el 29 % de los niños experimentó dos años de continuidad de la atención (Choi, Horm & Jeon, 2018). El 34 % de los niños ha cambiado de cuidador principal al menos una vez, mientras que el 37 % ha cambiado de cuidador principal entre dos y seis veces. Los cuidadores expresan tanto los beneficios como los desafíos asociados a la implementación de la continuidad de la atención (Hegde & Cassidy, 2004; Longstreth et al., 2016).

La mayoría de los desafíos que los cuidadores expresan sobre la continuidad de la atención pueden reducirse o resolverse cuando se comparte información precisa y con una planificación estratégica (Garrity, Longstreth & Alwashmi, 2016; Longstreth et al., 2016; McMullen, 2017; Recchia & Dvorakova, 2018).

Fuente de Figuras

[1] Imagen de PublicDomainPictures en Pixabay.

[2] “Head Start Tip Sheet: Continuity of Care” es de dominio público.

[9] Image del ECLKC de Head Start es de dominio público.

24.2: La continuidad de la atención como práctica de cuidado is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

24.3: Conclusión

Conclusión sobre la continuidad de la atención

La continuidad de la atención es una práctica que puede beneficiar enormemente a los niños, sus familias y sus cuidadores. Si los niños y sus cuidadores permanecen juntos el mayor tiempo posible (idealmente durante los tres primeros años), se pueden establecer relaciones respetuosas, de confianza y seguras. Aunque son pocos los programas de atención grupal que implementan la continuidad de la atención, al compartir información precisa y basada en la investigación, y a través de la planificación estratégica, más programas pueden esforzarse por lograr esta importante práctica de cuidado.

24.3: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

24.4: Referencias

Aguillard, A. E., Pierce, S. H., Benedict, J. H., & Burts, D. C. (2005). Barriers to the implementation of continuity-of-care practices in child care centers. *Early Childhood Research Quarterly*, *20*(3), 329-344.

Barnas, M. V., & Cummings, E. M. (1994). Caregiver stability and toddlers' attachment-related behavior towards caregivers in day care. *Infant Behavior and Development*, *17*(2), 141-147.

Bratsch-Hines, M. E., Carr, R., Zgourou, E., Vernon-Feagans, L., & Willoughby, M. (2020). Infant and toddler child-care quality and stability in relation to proximal and distal academic and social outcomes. *Child Development*, *91*(6), 1854-1864.

Choi, J. Y., Horm, D., & Jeon, S. (2018). Descriptive study of continuity of care practice and children's experience of stability of care in Early Head Start. En *Child & Youth Care Forum* (Vol. 47, N.° 5, págs. 659-681). Springer US.

Cryer, D., Hurwitz, S., & Wolery, M. (2000). Continuity of caregiver for infants and toddlers in center-based child care: Report on a survey of center practices. *Early Childhood Research Quarterly*, *15*(4), 497-514.

Cryer, D., Wagner-Moore, L., Burchinal, M., Yazejian, N., Hurwitz, S., & Wolery, M. (2005). Effects of transitions to new child care classes on infant/toddler distress and behavior. *Early Childhood Research Quarterly*, *20*(1), 37-56.

Field, T. M., Vega-Lahr, N., & Jagadish, S. (1984). Separation stress of nursery school infants and toddlers graduating to new classes. *Infant Behavior and Development*, *7*(3), 277-284.

Garrity, S., Longstreth, S., & Alwashmi, M. (2016). A qualitative examination of the implementation of continuity of care: An organizational learning perspective. *Early Childhood Research Quarterly*, *36*, 64-78.

Hegde, A. V., & Cassidy, D. J. (2004). Teacher and parent perspectives on looping. *Early Childhood Education Journal*, *32*(2), 133-138.

Longstreth, S., Garrity, S., Ritblatt, S. N., Olson, K., Virgilio, A., Dinh, H., & Padamada, S. (2016). Teacher perspectives on the practice of continuity of care. *Journal of Research in Childhood Education*, *30*(4), 554-568.

McMullen, M. B. (2017). Continuity of Care with Infants and Toddlers. *Exchange*.

McMullen, M. B. (2018). The many benefits of continuity of care for infants, toddlers, families, and caregiving staff. *Young Children*, *73*(3), 38-39.

McMullen, M. B., Yun, N. R., Mihai, A., & Kim, H. (2016). Experiences of parents and professionals in well-established continuity of care infant toddler programs. *Early Education and Development*, *27*(2), 190-220.

O'Farrelly, C., & Hennessy, E. (2014). Watching transitions unfold: A mixed-method study of transitions within early childhood care and education settings. *Early Years*, *34*(4), 329-347.

Raikes, H. (1993). Relationship duration in infant care: Time with a high-ability teacher and infant-teacher attachment. *Early Childhood Research Quarterly*, *8*(3), 309-325.

Recchia, S. L. (2012). Caregiver–child relationships as a context for continuity in child care. *Early Years*, *32*(2), 143-157.

Recchia, S. L., & Dvorakova, K. (2012). How three young toddlers transition from an infant to a toddler child care classroom: Exploring the influence of peer relationships, teacher expectations, and changing social contexts. *Early Education & Development*, *23*(2), 181-201.

Recchia, S. L., & Dvorakova, K. (2018). Moving from an infant to a toddler child care classroom. *Young Children*, *73*(3), 43- 49.

Ruprecht, K., Elicker, J., & Choi, J. Y. (2016). Continuity of care, caregiver–child interactions, and toddler social competence and problem behaviors. *Early Education and Development*, *27*(2), 221-239.

Schipper, J. C. D., IJzendoorn, M. H. V., & Tavecchio, L. W. (2004). Stability in center day care: Relations with children's well-being and problem behavior in daycare. *Desarrollo Social*, *13*(4), 531-550.

24.4: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

25: Prácticas de cuidado - Rutinas

25.1: Introducción
25.2: Rutinas de cuidado
25.3: El cronograma diario
25.4: Consejos para crear cronogramas diarios apropiados para el desarrollo
25.5: Referencias

25: Prácticas de cuidado - Rutinas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

25.1: Introducción

Introducción a las rutinas

Las rutinas constantes, las actividades que se realizan más o menos a la misma hora y de la misma manera cada día, proporcionan comodidad y una sensación de seguridad a los niños pequeños. Ya sea la hora de jugar, la hora de la merienda, la siesta o el regreso de un ser querido, saber lo que va a ocurrir a continuación da seguridad y estabilidad emocional a los bebés y los niños pequeños.

—Zero To Three (2010, pág. 2)

25.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

25.2: Rutinas de cuidado

Definir las rutinas de cuidado

Las rutinas de cuidado (llegada y salida, alimentación, comidas y refrigerios, cambio de pañales y aseo, vestimenta y siesta) proporcionan un marco para el día del bebé o del niño pequeño. El cuidado rutinario está lejos de ser una rutina. Una cantidad significativa de individualización ocurre durante las rutinas; ofrecen a los cuidadores y a los proveedores de cuidado infantil familiar muchas oportunidades para observar y comprender las formas y las preferencias de cada niño y apoyar el desarrollo y el aprendizaje a través de los dominios (HHS, ACF, OCC, NITCCI, Infant/Toddler Curriculum and Individualization).[1]

Durante los cuidados rutinarios, los bebés y los niños pequeños tienen toda la atención de los adultos, que se centran en satisfacer las necesidades de los niños y en conocerlos (Koralek, Derry, Amy Laura Dombro y Diane Trister Dodge, 2005). Las rutinas ofrecen la oportunidad de establecer relaciones con cada uno de los bebés y los niños pequeños que fomentan el apego y la confianza. Se trata de hitos del desarrollo que son fundamentales para que los niños se sientan seguros y estén dispuestos a explorar las personas y los objetos de su entorno. Las rutinas implican las necesidades corporales de los niños, un cuidado muy íntimo y perspectivas posiblemente diferentes a las de la familia, por lo que deben ser muy individualizadas; en los entornos de cuidado grupal, el cuidado rutinario de cada bebé y niño pequeño se basa en su propia preparación y horario para alimentarse, cambiar el pañal y aprender a ir al baño, y dormir (Zero to Three, 2008). [1]

La forma en que se lleva a cabo la rutina y el momento en que se produce deben coordinarse estrechamente con las familias de los niños para que haya coherencia en el cuidado que reciben en el hogar y el programa. Dado que estas rutinas están tan individualizadas, deben ser llevadas a cabo por el cuidador principal del niño siempre que sea posible. Las familias de los programas ubicados en el hogar pueden individualizar los cuidados rutinarios de sus bebés y niños pequeños según una combinación de las necesidades de los niños, los cronogramas de la familia y las creencias y prácticas culturales. Los visitantes a domicilio pueden trabajar en colaboración con las familias para abordar temas como la utilización de los tiempos de cuidado rutinario para apoyar el desarrollo y el aprendizaje de su hijo y el cambio de las prácticas de cuidado rutinario a medida que los niños crecen. Una parte importante de la individualización de las rutinas es el uso de rituales. La gente suele utilizar los términos rituales y rutinas indistintamente, pero no son lo mismo. Según Gillespie y Petersen, las rutinas son “eventos repetidos y predecibles que proporcionan una base para las tareas diarias de la vida del niño… Individualizar una rutina significa que la secuencia es la misma, pero las acciones y el tiempo pueden variar para adaptarse a las necesidades de cada niño” (Gillespie, Linda y Peterson, 2012, pág. 76). Los rituales, en general, son “acciones especiales que nos ayudan a navegar por eventos emocionalmente importantes o transiciones en nuestras vidas, así como a mejorar aspectos de nuestras rutinas diarias para profundizar nuestras conexiones y relaciones” (Gillespie, Linda y Peterson, 2012, pág. 76). Para los bebés y los niños pequeños, un ritual es “una práctica especial que ayuda al niño a aceptar aspectos de una rutina, incluso una rutina individualizada, que son estresantes” (Gillespie, Linda y Peterson, 2012, pág. 76). Los rituales que los adultos desarrollan con los niños y que utilizan en el hogar o en el cuidado grupal pueden aliviar situaciones de gran carga emocional, como las separaciones (incluso al ir a dormir), la hora de la alimentación y las comidas, y aprender a usar el baño.[1]

La coordinación de los cuidados rutinarios entre el hogar y el programa a veces puede ser un reto. Las actitudes y creencias de los cuidadores sobre cómo deben llevarse a cabo las rutinas pueden diferir de lo que creen y hacen las familias.

Referencias

[1] Early Head Start National Resource Center. (2014). Individualizing care for infants and toddlers: Part 1 [Documento de asistencia técnica N.° 16] es de dominio público.

25.2: Rutinas de cuidado is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

25.3: El cronograma diario

La importancia de los cronogramas

Muchos estados exigen que los programas de cuidado infantil tengan cronogramas diarios por escrito. La Asociación Nacional para la Educación de los Niños Pequeños (NAEYC) fomenta las prácticas en las que “el currículo guía el desarrollo de un cronograma diario que es predecible, pero flexible, y responde a las necesidades individuales de los niños” (NAEYC, 2015, pág. 9). ¿Cómo desarrollar un cronograma diario para un grupo de bebés y niños pequeños que tienen cada uno su propio horario? Se trata de una cuestión importante porque los bebés y los niños pequeños aún no han desarrollado la capacidad de gestionar sus propios sentimientos y comportamientos. Para los cuidadores de bebés y niños pequeños, crear un cronograma diario que se base en rutinas de cuidado receptivas tiene mucho sentido. Los investigadores del aprendizaje temprano coinciden en que los adultos pueden apoyar mejor el aprendizaje temprano cuando los intereses del niño son el centro de la experiencia de aprendizaje (Shonkoff & Phillips, 2000).[1]

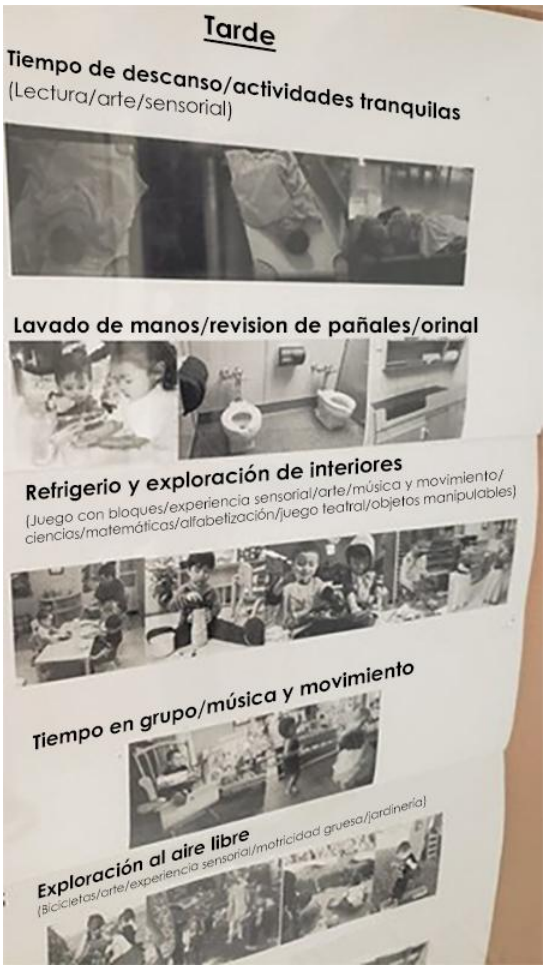


Figura 25.3.1: Un cronograma de la tarde. ([1])

El cronograma diario ordena los eventos que tienen lugar cada día. En él se describe cómo se espera que fluyan los acontecimientos diarios, el orden en que se producen y cuánto tiempo duran (aunque no necesariamente las horas exactas).

Los cronogramas son importantes por las siguientes razones:

- Proporcionan consistencia y previsibilidad, lo que ayuda a los bebés y a los niños pequeños a desarrollar un sentido de confianza y seguridad.
- Les dan a los cuidadores, a los proveedores de cuidado infantil familiares y a los visitantes a domicilio un marco para planificar y aprovechar el tiempo que pasan con los niños.
- Proporcionan un vínculo entre el hogar y la escuela, y mantienen tranquilas a las familias, especialmente a aquellas cuyos hijos están en cuidado grupal, sobre lo que sus hijos están haciendo durante el día. [1]

A medida que incorpore las rutinas y los ritmos de cuidado únicos de cada bebé y niño pequeño a su cargo, podrá comenzar a crear cronogramas diarios individualizados, lo que constituye una base importante para el cuidado de alta calidad (Raikes & Edwards, 2009). Tenga en cuenta que, para responder a las necesidades individuales cambiantes de los bebés, es importante dejar espacio para la flexibilidad durante el día. Todo lo que sea demasiado rígido creará un estrés excesivo en los bebés y tensión en los cuidadores que intenten seguir un plan establecido. Por ejemplo, los bebés muy pequeños, que tienen sus propios cronogramas de sueño, pueden dormir más de lo previsto y estar listos para jugar y participar mientras los bebés mayores duermen la siesta. Esto no significa que no haya orden ni sistema; usted sigue asegurándose de que todas las rutinas diarias de cuidado se lleven a cabo. Sin embargo, si un bebé necesita comer o dormir antes que los demás, puede adaptarse. Tal vez un niño de 2 años con un nuevo hermanito en casa necesite un poco más de tiempo de mimos que la semana pasada. O es posible que un bebé necesite tratamientos respiratorios en determinados momentos del día y usted haya ajustado el horario para leerle libros a él y a otros niños pequeños durante su terapia.[1]

Aunque la consistencia y la previsibilidad son características importantes de los cronogramas, la flexibilidad es igualmente importante. Esto significa que los cronogramas pueden modificarse en el momento para satisfacer las necesidades individuales de los niños o las del grupo, aprovechar los “momentos de enseñanza” y mantener un ritmo constante y sin prisas. Los cronogramas también pueden modificarse a largo plazo, ya que las necesidades y capacidades de los niños cambian con el tiempo. [1]



Cronograma diario del bebé/niño pequeño

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

LÍQUIDOS

Tipo	Hora

COMIDA

Tipo	Hora

Pañales

S = Seco M = Mojado
EI = Evacuación intestinal D = Diarrea

S	M	EI	D	Hora

Horas de sueño

Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____
Desde_____Hasta____

Pañales necesitados: _____ Toallitas necesitadas: _____

Notas diarias:

Cuidador(es) primario(s) _____

Recibido (Firma de padre/madre) _____

Figura 25.3.2: Cronograma diario para bebés o niños pequeños. ([1])

Otras características de los cronogramas, en particular para los entornos de cuidado grupal, son las siguientes:

- eventos importantes que ocurren en el mismo orden todos los días;
- tiempo suficiente para los cuidados rutinarios y las transiciones de un evento a otro; equilibrio entre los tiempos activos y los tranquilos;
- oportunidades para estar solo, con un adulto conocido y con grupos pequeños de niños; y
- oportunidades para pasar tiempo al aire libre.

Los bebés siguen horarios individualizados para dormir, comer, cambiar el pañal y jugar. Un cronograma único no sería adecuado para ellos. Esto significa que los cuidadores y los proveedores de cuidado infantil familiares probablemente tendrán tantos

cronogramas como bebés. Por ejemplo, en un momento dado, un bebé puede estar durmiendo la siesta, otro tomando el biberón y un tercero jugando con un bloque blando en el suelo.23 Las familias son las principales fuentes de información sobre cuándo sus hijos comen, duermen la siesta, son más activos, etc. En un cuidado culturalmente constante, la sincronización de estas rutinas de cuidado y las horas de juego en un entorno de cuidado grupal deben coincidir lo más posible con el momento en que se producen en el hogar. La continuidad cultural, sobre todo en el caso de los niños pequeños, permite el desarrollo ininterrumpido de la identidad de los niños. La gestión de estos cronogramas individuales requiere cierta planificación. El conocimiento sobre cada uno de los niños puede ayudar al personal a predecir cuándo cada niño puede estar cansado, tener hambre o necesitar un cambio de pañales; a su vez, el personal puede tomar medidas para prepararse, como sacar con antelación los suministros para el cambio de pañales o las cunas, o coordinar las responsabilidades de cuidado con otro adulto. [2]

Los cronogramas de los niños pequeños en el cuidado grupal pueden ser más constantes y orientados al grupo. Por ejemplo, los niños pequeños pueden comer juntos, salir juntos al exterior, dormir la siesta al mismo tiempo y reunirse durante breves momentos en pequeños grupos para los momentos dedicados a cuentos, música y experiencias de movimiento. Los cuidadores y los proveedores de cuidado infantil familiares pueden crear cronogramas visuales sencillos con fotos o dibujos que muestren los acontecimientos diarios y cuándo ocurren para ayudar a los niños a comprender qué ocurre y cuándo. Sin embargo, los niños pequeños siguen teniendo horarios individuales para los cuidados rutinarios, así como momentos en los que necesitan estar lejos del grupo o a solas con un adulto conocido y de confianza. Respetar los cronogramas individuales y la cultura del hogar de los niños pequeños es tan importante como respetar los cronogramas y la cultura del hogar de los bebés. Los aportes de las familias siguen desempeñando un papel fundamental.[2]

Un aspecto importante del cronograma diario son las transiciones. Los bebés y los niños pequeños experimentan muchas transiciones (cambios) durante el día; por ejemplo, entre rutinas y experiencias, llegadas y salidas, y salir a jugar y volver a entrar. ¡Las visitas a domicilio también incluyen transiciones! Cada niño experimenta y maneja las transiciones de manera diferente; el cambio es más difícil para algunos niños que para otros, por lo que las transiciones pueden ser algunos de los momentos más difíciles del día. Los bebés y los niños pequeños confían en que los adultos les proporcionen una sensación de seguridad y de continuidad cuando experimentan cambios; individualizar las transiciones es una forma de proporcionarles la estabilidad que necesitan.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC

[2] Early Head Start National Resource Center.(n.d) [Individualizing care for infants and tollders]. Es de dominio público.

25.3: El cronograma diario is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

25.4: Consejos para crear cronogramas diarios apropiados para el desarrollo

Consejos para crear cronogramas diarios apropiados para el desarrollo

Las siguientes son las características de un cronograma para bebés y niños pequeños que apoya el cuidado receptivo e individualizado. Estas ideas pueden ayudarlo a crear un cronograma diario que responda y sea sensible a cada bebé y niño pequeño de su entorno.[1]

Proporcione consistencia

Las rutinas diarias predecibles ayudan a los niños pequeños a saber qué esperar y qué se espera de ellos, lo que conduce a un menor número de comportamientos perturbadores. Las rutinas diarias deben fluir de una manera constante que permita a los bebés centrarse en su juego y aprendizaje. Las oportunidades de explorar y practicar el desarrollo de habilidades permiten que los niños adquieran confianza en sus capacidades (Harms, Clifford & Cryer, 1998).[1]

Incluya experiencias que satisfagan las necesidades individuales

Esto es especialmente importante en el caso de los bebés y los niños pequeños, que aún no son capaces de regular sus propias necesidades y cuerpos para adaptarse a un cronograma grupal. Las rutinas regulares de cuidado, como el cambio de pañales, el sueño y la alimentación, deben producirse cuando cada niño las necesite, en lugar de seguir el reloj o un cronograma estricto (EHS NRC, 2014; Harms et al., 1998; NAEYC, 2015).

Proporcione oportunidades e interacciones para fomentar el crecimiento físico, social y emocional

Puede apoyar el desarrollo en todas las áreas durante las interacciones y actividades cotidianas. Piense en el cambio de pañales de un bebé. Durante este cuidado rutinario, puede fomentar su desarrollo social y emocional prestando una atención personalizada que incluya el contacto visual, sonreír, hablar de lo que está ocurriendo en el momento y señalar las cosas que le son familiares al niño (por ejemplo, “¡Oh! Veo que llevas tu pañal de oso esta mañana. ¿Te gusta que tu mamá te compre los pañales de oso, ¿no?”). En este sencillo intercambio, el cuidador no solo está fomentando el desarrollo social y emocional del niño, sino también el desarrollo lingüístico y cognitivo (EHS NRC, 2014; Harms et al., 1998; NAEYC, 2015).[1]

Permita largos períodos de tiempo para el juego libre

Los niños aprenden jugando (Fromberg & Gullo, 1992; Ginsburg, 2007; Meltzoff, Kuhl, Movellan & Sejnowski, 2009; Piaget, 1962). El juego autodirigido ofrece a los niños la oportunidad de poner en práctica lo que han observado y aprendido sobre su mundo, de poner a prueba nuevas ideas y de adquirir habilidades en todas las áreas del desarrollo. Cuando los niños se reúnen para jugar, debe estar impulsado por su deseo de estar juntos, incluso si esto significa estar cerca el uno del otro y hacer cosas separadas. Las experiencias en grupo completo iniciadas por el cuidador, como la hora de las canciones, el baile o la lectura de libros, pueden funcionar bien para los niños mayores si pueden elegir si quieren participar o no. Las reuniones de grupo deben ser limitadas en el tiempo y flexibles y tener en cuenta los intereses individuales de todos los niños. Por ejemplo, en una guardería familiar con varios niños pequeños, a muchos de ellos les gusta estar cerca de la cuidadora mientras canta. Una de las niñas va al rincón de los libros cuando esto ocurre y echa un vistazo al grupo por encima de las estanterías. La madre de la niña ha dicho que, en casa, su pequeña canta todas las canciones, pero en la guardería no se une realmente al grupo hasta varios meses después, cuando está preparada (Harms et al., 1998; NAEYC, 2015).[1]

Proporcione tiempo y apoyo para las transiciones

Un cronograma bien diseñado para bebés y niños pequeños incluye transiciones bien pensadas que apoyan a los niños cuando pasan de un área de atención a otra. Los tiempos de transición son importantes y ofrecen muchas oportunidades de aprendizaje, al igual que cualquier otro momento del día del niño (Harms et al., 1998; NAEYC, 2015).

Los momentos de transición más comunes durante el día de un niño en la guardería incluyen los siguientes:

- horarios de llegada y salida;
- horarios de comidas;
- cambios de pañales y aseo;
- horarios de siesta;
- desplazamiento del interior al exterior;

- incorporación o abandono de experiencias de grupo (solo para niños mayores).

Ejemplos de cronogramas

En las páginas siguientes hay dos ejemplos de cronogramas diarios escritos para bebés y niños pequeños, que están diseñados para ser flexibles y responder a los niños individuales. Uno incluye los horarios y el otro está organizado por secciones del día. Ambos destacan la importancia de menos estructura y más tiempo abierto durante el día para la exploración y el juego. Este flujo abierto del día permite a los cuidadores satisfacer las necesidades individuales a medida que surgen; las interacciones y las experiencias se producen en el curso natural del día.[1]

Ejemplo A: cronograma para bebés y niños pequeños (sin horarios)

Las rutinas de cuidado, como el cambio de pañales, el aseo, las siestas y las comidas, se basarán en las necesidades individuales. Los niños mayores están invitados a comer juntos.

Padres: cuéntennos cómo le va a su hijo, y si tienen alguna preocupación, pregunta o comentario. ¡Los escuchamos!

Mañana

- Cambiar los pañales, respetar las siestas y la hora de la comida según sea necesario.
- Saludos y registros: preguntamos cómo ha dormido y comido cada niño, su estado de ánimo y cualquier otro detalle.
- Exploración de materiales u objetos; mesa sensorial o descubrimiento de bandejas.
- Leer y explorar libros.
- Movimiento y exploración e interacción libres.
- Paseo en cochecito o juego en el patio.

Mediodía

- Cambiar los pañales, respetar las siestas y la hora de comer, según sea necesario.
- Música tranquila, lectura y luces bajas.
- Exploración de materiales, objetos y libros.
- Movimiento y exploración e interacciones libres.
- Juegos al aire libre, incluyendo juguetes para empujar, equipos de escalada y espacios blandos sobre mantas o arena.

Tarde

- Cambiar los pañales, respetar las siestas y la hora de comer, según sea necesario.
- Leer y explorar libros.
- Exploración de materiales, piezas sueltas y objetos.
- Movimiento y exploración e interacción libres.
- Juego al aire libre.
- Despedidas: compartimos observaciones del día del niño, así como detalles sobre las comidas, las siestas, el cambio de pañales y el aseo.

Ejemplo B: cronograma diario para bebés (con horarios)

Los horarios de las comidas, los cambios de pañales y el sueño se basarán en las necesidades individuales. Ajustaremos el cronograma a lo largo del día para responder a los intereses y necesidades de su hijo, así como a las condiciones meteorológicas.

De 7:00 a. m. a 8:30 a. m.: llegada y saludo.

- Dar la bienvenida a las familias y conocer el estado de los niños.

De 8:30 a. m. a 9:30 a. m.: tiempo al aire libre.

Las posibilidades son las siguientes:

- explorar y seguir los intereses, como tocar las hojas y hablar de los árboles, las nubes y los pájaros;
- acurrucarse, hablar y leer libros juntos al aire libre;
- escuchar y cantar al ritmo;
- y rodar, trepar y gatear.

De 9:30 a. m. a 11:30 a. m.: juego en el suelo.

Juguetes y objetos disponibles para explorar.

- tocar y sentir los libros y las texturas;
- hablar, abrazar y mecerse;
- escuchar y cantar al ritmo; y
- rodar, trepar y gatear.

De 11:30 a. m. a 12:30 p. m.:

exploración sensorial**.**

- materiales con diferentes texturas, sonidos y colores.

De 12:30 p. m. a 2:30 p. m.: juego en el suelo.

Juguetes y objetos disponibles para explorar.

- exploración y seguimiento de intereses, como muñecos blandos, agitadores y juguetes para apilar;
- tocar y sentir libros y texturas;
- hablar, acurrucarse y mecerse;
- escuchar y cantar al ritmo;
- y rodar, trepar y gatear.

De 2:30 p. m. a 3:30 p. m.: tiempo al aire libre.

Las posibilidades son las siguientes:

- explorar y seguir los intereses, como tocar las hojas y hablar de los árboles, las nubes y los pájaros;
- acurrucarse, hablar y leer libros juntos al aire libre;
- escuchar y cantar al ritmo;
- y rodar, trepar y gatear.

De 3:30 p. m. a 5:30 p. m.: juego en el suelo y salida.

- repasar el día con los padres, compartir las observaciones y proporcionar la información necesaria.

Referencias

[1] Early Head Start National Resource Center.(n.d) [Individualizing care for infants and tollders]. Es de dominio público.

25.4: Consejos para crear cronogramas diarios apropiados para el desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

25.5: Referencias

Early Head Start National Resource Center. (2014). *Individualizing care for infants and toddlers: Part 1* [Documento de asistencia técnica nº 16]. Extraído de http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/ehsnrc/docs/ehs-ta-16.pdf

Early Head Start National Resource Center.(n.d) [Individualizing care for infants and tollders]. Extraído de https://childcareta.acf.hhs.gov/infant-toddler-resource-guide/individualized-care-routines-and-daily-schedules.

Fromberg, D. P., & Gullo, D. F. (1992). Perspectives on children. En L. R. Williams & D. P. Fromberg (Editores.), *Encyclopedia of early childhood education* (págs. 191-194). Nueva York, NY: Garland Publishing.

Gillespie, L., & Peterson, S. (2012). Rituals and routines: Supporting infants and toddlers and their families. *Young Children*, *67*(4), 76-77.

Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, *119*(1), 182-191. doi:10.1542/peds.2006-2697

Harms, T., Clifford, R., & Cryer, D. (1998). *Early childhood environment rating scale* (Ed. rev.). Nueva York, NY: Teachers College Press.

Meltzoff, A. N., Kuhl, P. K., Movellan, J., & Sejnowski, T. J. (2009). Foundations for a new science of learning. *Science*, *325*(5938), 284-288. doi:10.1126/science.1175626

National Association for the Education of Young Children (NAEYC). (2015). NAEYC early childhood program standards and accreditation criteria and guidance for assessment. Standard 2: Curriculum. Washington, DC: Autor.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. Nueva York, NY: W.W. Norton.

Raikes, H., & Edwards, C. (2009). *Extending the dance in infant and toddler caregiving*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D.A. (Editores.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. A report of the National Research Council.* Washington, DC: National Academies Press.

25.5: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

26: Cuidado inclusivo

26.1: Introducción
26.2: Resumen
26.3: Cómo hacer para que los programas incluyan a todos los niños
26.4: El aprendizaje individualizado de los niños
26.5: Promover las prácticas inclusivas
26.6: Inclusión exitosa de niños con necesidades especiales
26.7: Cómo adaptar los materiales para satisfacer las necesidades de un bebé o de un niño pequeño
26.8: Colaborar para lograr la inclusión
26.9: Juego inclusivo
26.10: Consideraciones específicas
26.11: Conclusión
26.12: Recursos adicionales
26.13: Referencias

26: Cuidado inclusivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.1: Introducción

Introducción al cuidado inclusivo

Cuando los cuidadores piensan en el cuidado inclusivo, muchas veces suponen que se trata de niños con necesidades especiales conocidas o diagnosticadas. Sin embargo, el cuidado inclusivo es para todos los niños que tienen capacidades o aptitudes diferentes. Los retrasos en el desarrollo pueden deberse a anomalías genéticas, traumatismos de nacimiento, accidentes u otros motivos, ya sean conocidos o no. El aspecto más importante del cuidado inclusivo es acordarse del ser humano que hay detrás de las necesidades. La inclusión implica que, a un niño con dificultades sensoriales, aunque aún no esté diagnosticado, se le debe dedicar el esfuerzo y el tiempo necesarios para que su entorno sea el mejor y el más propicio. Por ejemplo, como cuidador, usted observa que uno de sus hijos no quiere estar en la mesa sensorial, no le gusta pintar con los dedos y huye de cualquier juego que implique ensuciarse. Si bien le interesa, hay algo que le impide participar de estas actividades. ¿Qué puede hacer un cuidador en este caso, para que el niño tenga acceso a todas las herramientas del aula? Encuentre un punto medio. Intente poner la plastilina en una bolsa de plástico para que el niño la explore. Ponga pintura en una bolsa de plástico. Deje que utilice guantes de jardinería en los juegos que impliquen ensuciarse. Este es un ejemplo de inclusión. [1]

Referencias

[1] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

26.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.2: Resumen

Resumen del cuidado inclusivo

Al decir “niños con discapacidades u otras necesidades especiales”, se hace referencia tanto a niños con un diagnóstico específico como a aquellos que no lo tienen, pero cuyo comportamiento, desarrollo o salud dificultan que su familia se ocupe de los servicios de cuidado infantil. La discapacidad o necesidad especial puede ser tan leve como tener un ligero retraso en el habla o tan compleja como un diagnóstico mixto de problemas motores, deficiencia visual y retraso cognitivo. [1] Entre las necesidades de cuidados especiales, se incluye una serie de afecciones, como anomalías congénitas, trastornos neurológicos y enfermedades crónicas que pueden poner en peligro o afectar a la vida diaria (p. ej., el cáncer, la anemia de células falciformes, la fibrosis quística, la hemofilia, el sida, la diabetes o la artritis reumatoide juvenil).[1] [2]

Las familias de niños con discapacidades u otras necesidades especiales tienen la misma necesidad de recibir cuidado infantil que el resto de las familias. Sin embargo, para las familias de niños con discapacidades o necesidades especiales suele ser muy difícil encontrar una guardería de calidad y asequible, ya que se enfrentan a la reticencia de inscribir a sus hijos por parte de muchos proveedores de cuidado infantil. Esta situación hace que sea aún más importante que estos proveedores se esfuercen por incluir a todos los niños en sus programas para no sumar más dificultades a las que ya tienen estas familias.[3]

En todo el país, solo el 10 % de los bebés y niños pequeños con retrasos en el desarrollo que reúnen los requisitos necesarios reciben servicios de intervención temprana, que, según se cree, reducen los retrasos y disminuyen los efectos adversos de los factores de riesgo y las discapacidades en el aprendizaje y el desarrollo. California atiende a menos niños que la media nacional. Para las familias, los retos surgen de la detección irregular, la poca conexión con la derivación y la evaluación, y las complejidades de recorrer varias instituciones, a veces sin saber inglés. [4]

Según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), los niños de 3 a 21 años tienen derecho a una educación pública, gratuita y adecuada (Free, Appropriate Public Education, FAPE) en el entorno menos restrictivo (Least Restrictive Environment, LRE). El LRE exige que, en la medida de lo posible, los niños con discapacidades tengan acceso al plan de estudios general, junto con las actividades de aprendizaje y los entornos disponibles para sus compañeros sin discapacidades. La legislación federal que aplica a los bebés y niños pequeños (desde el nacimiento hasta los tres años) y sus familias, especifica que los servicios y apoyos de intervención temprana deben proporcionarse en “entornos naturales”, lo que en general se interpreta como la amplia gama de contextos y actividades que en general existen para bebés y niños pequeños de desarrollo típico en sus hogares y comunidades.[5] [6]

Los niños con discapacidades u otras necesidades especiales y sus familias deben participar en programas de educación infantil de calidad que sean los entornos naturales de sus pares de desarrollo típico. Ellos aprenden de sus interacciones con otros niños y su entorno, mientras que desarrollan un sentimiento de seguridad y autoestima a partir de las relaciones afectivas con los proveedores de servicios y el personal del programa. Todo el mundo se beneficia de los programas de calidad para la primera infancia que ofrecen un cuidado inclusivo. Aquellos niños que tienen una discapacidad o una necesidad especial pueden conocer e interactuar con sus pares de desarrollo típico, mientras que sus familias se benefician de los programas y servicios que necesitan para cumplir sus objetivos de crianza. Los niños con un desarrollo típico se benefician al tener la oportunidad de conocer a compañeros con un desarrollo atípico en el aula. Así es como todo el mundo tiene la oportunidad de aprender sobre otras personas, con sus puntos fuertes y sus dificultades.



Figura 26.2.1: Se debe incluir a los niños con todas las capacidades en las aulas de educación infantil (Early Childhood Education, ECE) de alta calidad. (**[1]**)

Los niños y sus familias quieren ser aceptados e incluidos en su comunidad, con independencia de sus capacidades. Quieren pertenecer. Pero el tipo de pertenencia que desean va más allá de simplemente “estar con otras personas”. Quieren ser miembros plenos e incondicionales de la familia y de la comunidad. Como dijo de forma muy elocuente Norman Kunc, un defensor de los

derechos de las personas con discapacidades: “Cuando se adopta plenamente la educación inclusiva, dejamos atrás la idea de que los niños tienen que ser “normales” para contribuir al mundo. En cambio, buscamos y alentamos los dones inherentes de todas las personas. Comenzamos a mirar más allá de las formas típicas de convertirse en miembros valiosos de la comunidad y, al hacerlo, empezamos a hacer realidad la meta posible de brindar a todos los niños un auténtico sentido de pertenencia”.[6]

Los niños con discapacidades u otras necesidades especiales pueden presentar dificultades especiales, pero el cuidado que necesitan es muy similar al de cualquier niño. Pasan la mayor parte del tiempo haciendo lo mismo que los demás niños. Sienten la misma curiosidad, el mismo deseo de jugar y la misma necesidad de comunicarse que sus compañeros. Los proveedores de cuidado infantil que ofrecen un servicio adecuado para el desarrollo, que es individualizado para satisfacer las necesidades de cada niño, ya tienen muchas de las habilidades necesarias para acompañar a niños con discapacidades u otras necesidades especiales.[7]

Los cuidadores de bebés y niños pequeños pueden participar, junto con las familias, en el momento en que identifican por primera vez las discapacidades y los problemas de desarrollo, y cuando las intervenciones comienzan. Este proceso puede ser muy emotivo para las familias, pero los proveedores de servicios de cuidado infantil pueden ofrecer una perspectiva valiosa y ser una contención para la familia. Pueden desempeñar un rol fundamental al trabajar con los niños, las familias y otros profesionales en el proceso de intervención temprana. Un cuidador que participa activamente en el desarrollo, el aprendizaje y el crecimiento de los niños es un sostén muy importante para las familias.[8]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Family Partnerships and Culture del Departamento de Educación de se utiliza con permiso.

[2] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

[3] Inclusion Works! del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso. ↵

[4] Autora: Nancy Hunt California State University. (n.d.). *Pace - identifying young children for early intervention in California*. Policy Analysis for California Education. CC BY.

[5] DEC/NAEYC. (2009). Early childhood inclusion: A joint position statement of the Division for Early Childhood (DEC) and the National Association for the Education of Young Children (NAEYC). Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute. Extraído.

[6] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

[7] Child Development Resources del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso. ↵

[8] U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, n.d., Creating Inclusive Environments and Learning Experiences for Infants and Toddlers es de dominio público.

26.2: Resumen is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.3: Cómo hacer para que los programas incluyan a todos los niños

Aplicar prácticas inclusivas

La mayoría de los niños diagnosticados por un profesional de la educación especial como “con discapacidades” presentan retrasos en el aprendizaje y en la comunicación (más del 70 % de los niños desde el nacimiento hasta los 14 años). Los niños que aprenden de forma diferente o tienen retrasos en el lenguaje suelen manifestar sus necesidades especiales con su comportamiento en los entornos grupales. Los educadores de la primera infancia pueden brindar un entorno rico en lenguaje y hacer adaptaciones según los conocimientos de cada niño.[1]

Existen pocos niños con discapacidades más significativas, como discapacidades intelectuales (antes denominadas retrasos mentales), deficiencias físicas y de movilidad, o varias discapacidades. Es probable que los niños con discapacidades significativas reciban servicios especializados que pueden contribuir al éxito en un entorno de cuidado infantil. Los niños que reúnen los requisitos para recibir servicios de intervención temprana o de educación especial, y los que los reciben, tienen planes individuales con objetivos y estrategias que los cuidadores y proveedores deben tener en cuenta. Para los niños menores de tres años, los planes se denominan Planes de servicios familiares individualizados (Individualized Family Services Plans, IFSP); para los niños mayores de tres años, los planes se denominan Programas educativos individualizados (Individualized Education Programs, IEP). Cuando se elaboran estos planes, los educadores de la primera infancia pueden ser miembros esenciales de un equipo de IFSP o IEP.[1]

Referencias

[1] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

26.3: Cómo hacer para que los programas incluyan a todos los niños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.4: El aprendizaje individualizado de los niños

Cada niño es único

Cuando los educadores de primera infancia cuentan con información sobre una discapacidad específica, tienen una mayor idea de cómo apoyar al niño. Sin embargo, cuando se asiste a un niño en particular, el proveedor debe centrarse en las necesidades del niño, no en la discapacidad ni en su denominación. Un niño con parálisis cerebral, por ejemplo, puede caminar con una férula en la pierna, usar una silla de ruedas, tener síntomas físicos leves o mostrar un retraso en el uso del lenguaje. Las posibles variaciones dentro de esta denominación son muchísimas, lo que indica que ninguna etiqueta ni ningún diagnóstico pueden proporcionar suficiente información sobre un niño en particular. Los educadores de la primera infancia deben ir más allá de la definición del libro de texto, deben hacer preguntas con sensibilidad y comprensión, en especial en las conversaciones con los padres.

Una forma de dar un paso más allá puede ser al establecer un tono de bienvenida y comprensión. Cuando un familiar comparte el diagnóstico del niño, una buena pregunta de seguimiento por parte del educador puede ser: “¿Y cómo afecta eso al desarrollo de ?”. Este enfoque puede ayudar a garantizarle a la persona que el proveedor de servicios de cuidado infantil se preocupa sinceramente por el éxito del niño y que le interesa brindarle una atención adecuada y adaptada a sus necesidades. La respuesta de los padres ayudará al proveedor de servicios de cuidado infantil a determinar qué adaptaciones se necesitan, qué otras preguntas pueden ser adecuadas y si se necesitan especialistas. [1]

Referencias

[1] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY

26.4: El aprendizaje individualizado de los niños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.5: Promover las prácticas inclusivas

Inclusión en el aula

La inclusión representa los valores, las políticas y las prácticas que apoyan el derecho que cada niño y su familia tienen, con independencia de su capacidad, a participar en una amplia gama de actividades y contextos como miembros de pleno derecho de los grupos de familias, de las comunidades y de la sociedad. Los resultados que se esperan de las experiencias inclusivas para niños con y sin discapacidades y sus familias son un sentido de pertenencia y afiliación, relaciones sociales y amistades positivas, y un desarrollo y un aprendizaje para alcanzar su máximo potencial. Las características principales de la inclusión, que pueden utilizarse para identificar programas y servicios de calidad superior para la primera infancia son las siguientes:[1]

- Acceso: dar acceso a una amplia gama de oportunidades, actividades, entornos y ambientes de aprendizaje.
- Participación: si bien los entornos y los programas están diseñados para facilitar el acceso, algunos niños necesitarán más adaptaciones y apoyos individualizados para participar plenamente en las actividades de juego y aprendizaje con sus pares y con los adultos.
- Apoyos: quienes prestan servicios inclusivos a niños y familias deben contar con una infraestructura de apoyos a nivel del sistema.[13]

Incluso si los niños con discapacidades no están inscritos en un programa de educación para la primera infancia, los educadores pueden promover prácticas inclusivas. Una manera puede ser con imágenes, libros y materiales que presenten a los niños con discapacidades en un entorno común. Las similitudes y las diferencias entre personas se pueden observar de forma natural en un entorno de educación infantil; el cuidador puede aprovechar estas oportunidades para hablar de ello. El lenguaje que se usa también es fundamental para crear una atmósfera de inclusión. Una buena práctica es utilizar un lenguaje centrado en la persona al hablar de personas con discapacidad. Esto simplemente significa anteponer la persona a la discapacidad: “un niño con trastorno del espectro autista” en lugar de “un niño autista”.[2]

Al explorar la inclusión con las familias, los colegas y los niños, surgirán otras formas de ampliar las prácticas inclusivas. Por ejemplo, planificar las reuniones de personal según los cambios específicos en la filosofía, las actitudes y las prácticas va mucho más allá de incluir a niños con necesidades especiales en un entorno de cuidado infantil. Fuera del entorno cercano de los programas de educación infantil, los adultos con discapacidades pueden contribuir a ampliar los conocimientos del cuidador sobre cuestiones puntuales relacionadas con la inclusión y con las discapacidades en general.[2]

Referencias

[1] Introducing developmental disability through a disability studies perspecitve de Emily Brooks y Mariette Bates. Este artículo tiene una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International.

[2] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

26.5: Promover las prácticas inclusivas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.6: Inclusión exitosa de niños con necesidades especiales

Hacer que la inclusión funcione

Dado que cada niño es único, también lo es cada programa de primera infancia. No existe una fórmula mágica para que la inclusión funcione, más allá de la creatividad, la energía y el interés que la mayoría de los educadores de la primera infancia ya aportan a su trabajo. Independientemente de sus particularidades, todos los programas pueden lograr incluir a los niños con discapacidades. Y cada uno lo hace funcionar, para cada niño, cada día. Una actitud de “sí se puede” entre los maestros ayuda a contagiar la energía que se necesita para encontrar soluciones a los inevitables desafíos. También ayuda tener una actitud entusiasta para hacer que la inclusión funcione, en lugar de limitarse a cumplir una obligación legal.[1]

Algunos niños necesitan pequeños cambios en el plan de estudios o un poco de contención para sacar provecho de ciertas actividades. Este tipo de aspectos pueden consistir en adaptaciones bastante sencillas, como darle un lugar especial o una actividad tranquila a un niño que no puede participar en actividades de grupos grandes, o darle un bocadillo especial a un niño que necesita comer con más frecuencia que la del horario típico de comidas o bocadillos.[1]



Figura 26.6.1: Las necesidades individuales de los niños le servirán para decidir qué adaptaciones debe hacer. **([2])**

Otros niños pueden necesitar adaptaciones más específicas que no se notan a simple vista. Hay muchos recursos comunitarios que pueden ayudar a determinar qué adaptaciones hacer. Por ejemplo, las primeras personas y las más importantes a las que se debe recurrir es la familia ; después, puede ser un especialista de la zona o un taller local. Más allá de la comunidad inmediata, hay mucha literatura especializada en publicaciones, revistas, libros y páginas web especializadas en las discapacidades e inclusión, que pueden servir para informar al educador de la primera infancia sobre las adaptaciones adecuadas para un niño con una condición o una necesidad en particular.[1]

Los programas que tienen una base de primera calidad y adecuada para el desarrollo, proveedores de servicios de cuidado con una actitud positiva, una proporción adecuada de adultos por niños, administradores que apoyan y una formación adecuada para el cuidador están en condiciones de resolver de forma creativa los problemas de un niño con discapacidades u otras necesidades especiales, exactamente igual que como lo hacen con los niños que tienen un desarrollo normal. Si un niño ya tiene un diagnóstico establecido, debe haber personal de intervención capacitado para ayudar en este proceso. Una de las principales funciones de un cuidador es fomentar un sentido de pertenencia e inclusión. A continuación, se mencionan algunas estrategias útiles:

- Partir de la base de que todos los niños son capaces.
- Adaptar el entorno para que sea adecuado y desafiante para el desarrollo, y que se ajuste a las necesidades e intereses de cada niño.
- Si bien puede ser necesario ayudar al niño a lograr el dominio de una habilidad específica, hay que tener en cuenta a él o a ella en su totalidad, en particular su experiencia socioemocional.[1]

A la hora de adaptar una actividad para un niño con necesidades especiales, hágase las siguientes preguntas:

- ¿El niño tiene la oportunidad de controlar la experiencia del aprendizaje?
- ¿Hay un equilibrio entre el aprendizaje iniciado por el adulto y el aprendizaje iniciado por el niño?
- ¿El niño puede tomar decisiones mientras aprende a desarrollar la habilidad?
- ¿El niño es capaz de tomar la iniciativa y esforzarse para practicar la habilidad, con el apoyo del cuidador?
- ¿El niño está ganando confianza en sí mismo y mostrando alegría al lograr algo mientras aprende?
- En la actividad, ¿hay espacios para que el niño haga descubrimientos?

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

[2] Inclusion Works! del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso. ↵

26.6: Inclusión exitosa de niños con necesidades especiales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.7: Cómo adaptar los materiales para satisfacer las necesidades de un bebé o de un niño pequeño

Materiales e inclusión

Elegir cuidadosamente los juguetes y los materiales es esencial, ya que los juguetes y materiales adecuados pueden darles a los niños con discapacidades la oportunidad de participar y experimentar logros. Los centros de cuidado infantil suelen ofrecer una variedad de juguetes, como bloques, tazas para apilar o anidar y clasificadores de formas simples o rompecabezas diseñados para que los utilicen niños muy pequeños. Por otro lado, pueden contar con materiales que fomenten la exploración sensorial mediante el uso de olores, sonidos, vistas y texturas. Esto puede ayudar en el aprendizaje y el desarrollo de los niños.[1]

En función de las necesidades individuales de cada niño, algunos juguetes o materiales pueden requerir adaptaciones sencillas para ayudar al niño a utilizarlos. Por ejemplo, colocar cierres de velcro, pomos grandes o asas puede ser útil para que un niño con necesidades visuales o de motricidad física juegue con bloques o piezas.. Del mismo modo, se puede añadir tela o solapas a los bordes de las páginas de libros de cartón para que el niño pueda pasar las páginas. Por supuesto, es esencial tener en cuenta los riesgos de asfixia al adaptar los materiales.[1]

Estas son solo algunas estrategias sencillas y económicas para garantizar que todos los niños puedan utilizar los materiales de manera favorable. Afortunadamente, aquellos miembros de la familia y especialistas que conocen el desarrollo de cada niño también son una gran fuente de información y de ideas para realizar adaptaciones sencillas que apoyen el éxito del niño. Muchos juguetes y materiales infantiles ya cuentan con algunas de las adaptaciones simples que mencionamos.[1]

La tecnología de asistencia puede ayudar al niño a participar activamente en su casa, en los programas de cuidado infantil, en la escuela o en otros entornos de la comunidad. El uso de juguetes electrónicos, interruptores u otros dispositivos en el entorno del cuidado infantil puede ayudar al bebé o al niño pequeño a participar plenamente en las actividades. Los interruptores ayudan a que los niños que tienen una función limitada de las manos o del control muscular puedan manejar los juguetes o los materiales con los que no pueden jugar. A veces, los niños muy pequeños necesitan un equipo de posicionamiento, como una silla especializada o un bipedestador. La tecnología de asistencia y las adaptaciones deben figurar en el IFSP, en caso de que el niño tenga uno.[1]

Imaginarse cómo un niño con necesidades especiales explorará y utilizará el entorno de su centro de cuidado infantil le da la oportunidad de evaluar los beneficios de su entorno y mejorarlos según sea necesario.[1]

Referencias

[1] U.S Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, n.d., Creating Inclusive Environments and Learning Experiences for Infants and Toddlers es de dominio público.

26.7: Cómo adaptar los materiales para satisfacer las necesidades de un bebé o de un niño pequeño is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.8: Colaborar para lograr la inclusión

Trabajar en conjunto

Para cubrir las necesidades de los niños con diferentes capacidades y características de aprendizaje, es posible que los educadores de la primera infancia tengan que trabajar en el modo de llegar a las familias y de vincularse con los especialistas. Estas personas tienen información esencial para compartir y pueden ser un gran recurso para apoyar a los niños en el programa. Sus recomendaciones son siempre enriquecedoras para las iniciativas de inclusión. Incluso los especialistas pueden visitar un centro de cuidado y ofrecer alguna capacitación presencial allí.



Figura 26.8.1: La colaboración brinda ayuda valiosa y conocimiento. (**[1]**)

Brindar una educación infantil inclusiva no significa que un cuidador, o un grupo de cuidadores, tenga que hacer el trabajo solo. Todo el mundo tiene una función que cumplir. El rol principal de un educador de la primera infancia es fomentar y apoyar el desarrollo del niño de una manera cariñosa y atenta. Al cooperar entre los adultos que cuidan del niño –los padres, los profesionales de la salud o los especialistas–, se pueden complementar los esfuerzos de todos los implicados, en especial cuando todos se centran en un punto fuerte concreto. Cuando se combinan los conocimientos de muchas personas, surgen ideas y estrategias mejores que las que puede crear una sola persona. El resultado es la esencia de la verdadera colaboración.[2]

Para que la colaboración tenga éxito, los siguientes aspectos son esenciales:

- Respeto por el conocimiento y la experiencia de la familia con el niño. Son el primer y el mejor recurso, y se los debe incluir en la planificación y en la implementación de los cuidados de su hijo.
- Comunicación clara y frecuente, tanto en las reuniones informales como en las planificadas.
- El tiempo se usa para la colaboración, ya que es probable que todos tengan poco tiempo.
- Todas las personas involucradas participan e invierten su tiempo de forma activa.
- Esfuerzo colaborativo para brindar los diagnósticos y los servicios de apoyo adecuados para el niño.

Puede encontrar más información sobre niños con necesidades especiales y cuidado inclusivo en la publicación *inclusion Works* del Departamento de Educación de California.[2]

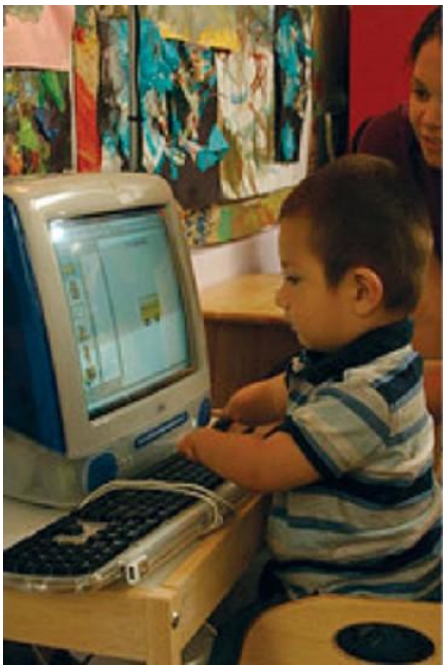


Figura 26.8.2: Todos los niños deben poder participar plenamente en el entorno educativo de la primera infancia. [2]

Referencias

[1] Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso. ↵

[2] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia CC BY.

26.8: Colaborar para lograr la inclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.9: Juego inclusivo

Inclusión y juego

Según la literatura, los niños pequeños pasan de tipos de juego menos complejos, como el juego solitario, a tipos de juegomás complejos y en los que dependen de un par, como el juego paralelo, el juego asociativo o el juego cooperativo (Rubin et al., 1976; Jamison et al., 2012). Por lo general, los niños que están en desarrollo pueden pasar de tipos de juego sencillos a otros más complejos sin el apoyo especial del docente. Sin embargo, los niños con discapacidades pueden tener dificultades para asistir y participar en actividades que requieren niveles más complejos de juego social (Sigafoos et al., 1999). Es posible que necesiten un apoyo adecuado por parte de su entorno, y así poder pasar más tiempo participando en interacciones sociales más complejas con sus compañeros. Los estudios muestran que el desarrollo social de los niños con discapacidades y su posterior éxito pueden estar muy influenciados por las intervenciones tempranas dirigidas al juego social entre los niños con discapacidades y sus pares de desarrollo normal (Ivory & McCollum, 1999; Craig-Unkefer & Kaiser, 2002 ;Guralnick et al, 2006). Como actores clave del entorno social de los niños, tanto los compañeros como los docentes pueden facilitar activamente su participación en todos los tipos de juego social. De hecho, además de las características de los niños, en la bibliografía se destacan diversos factores ambientales que pueden afectar al juego social de los niños. Un ejemplo podrían ser las características del aula (las características de los juguetes, la existencia de centros de aprendizaje o actividades) o los tipos de interacción de los docentes (Ivory & McCollum, 1999; Guralnick et al., 2006).[1]

Referencias

[1] Coelho V & Pinto AI (2018) The Relationship between Children's Developmental Functioning and Participation in Social Activities in Portuguese Inclusive Preschool Settings. *Con licencia* **(CC BY)**.

26.9: Juego inclusivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.10: Consideraciones específicas

Trastorno del espectro autista (TEA)

Durante las últimas dos décadas, gracias a las investigaciones, se han hecho enormes progresos en lo que respecta a la identificación y al diagnóstico temprano del TEA. Como resultado, en muchos casos, el TEA ahora se puede diagnosticar de forma fiable entre los 18 y los 24 meses (Ozonoff S, Young GS, Landa RJ, Brian J, Bryson S, Charman T, et al, 2015). En una declaración de políticas publicada en 2006 por la American Academy of Pediatrics (2006), se pueden ver los avances en las buenas prácticas relacionadas con la identificación temprana. Allí se afirma que los proveedores de atención primaria (p. ej., los médicos de familia, los pediatras) deben hacer pruebas formales de detección en cada visita de un niño sano programada a los 18 y 24 meses, independientemente de los factores de riesgo conocidos o de las preocupaciones comunicadas. Además, se insta a los proveedores de atención primaria a que, en cuanto se considere seriamente la posibilidad de diagnosticar el TEA, remitan rápido a los niños a los servicios de intervención temprana.

Entre los niños con un diagnóstico clínico documentado de TEA, la edad promedio del primer diagnóstico fue a los 51 meses. La edad promedio de la primera evaluación integral del desarrollo de los niños fue a los 40 meses, el 44 % fue evaluado por primera vez a los 36 meses o antes, y el 37 % fue evaluado por primera vez después de los 48 meses.

La intersección entre (1) el complejo sistema de ECE en los EE. UU. y (2) los retrasos característicos en los diagnósticos de TEA repercute en el acceso de los niños a entornos de ECE inclusivos. Por un lado, a muchos de los niños que finalmente le diagnostican un TEA los inscriben en programas de educación infantil antes de recibir un diagnóstico formal. Por lo tanto, los maestros de ECE son un importante apoyo social y profesional durante el período en el que los padres empiezan a reconocer sus preocupaciones sobre el desarrollo sociocomunicativo de sus hijos, pasan por el proceso de diagnóstico y empiezan a acceder a los recursos específicos del TEA. En muchos casos, los profesores de ECE empiezan a aplicar una enseñanza individualizada y adaptaciones en el aula antes de que se diagnostique el TEA a un niño. Por otro lado, dado que la mayoría de los niños con un TEA no reciben su diagnóstico formal hasta los 4 años o más, los años de preescolar y jardín de infancia suelen ser la primera oportunidad real de implementar servicios formales de educación especial en el entorno de un aula inclusiva.[1]

Referencias

[1] Siller M, Morgan L, Wedderburn Q, Fuhrmeister S & Rudrabhatla A (2021) Inclusive Early Childhood Education for Children With and Without Autism: Progress, Barriers, and Future Directions. Tiene licencia CC B.

26.10: Consideraciones específicas is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.11: Conclusión

Conclusión sobre el cuidado inclusivo

Los maestros tendrán en sus aulas niños con necesidades especiales diagnosticadas y no diagnosticadas, además de las que se relacionan con la salud. Los programas de educación infantil tienen la obligación legal de ofrecer programas inclusivos y beneficios de inclusión para todos los implicados (niños con necesidades especiales, sus compañeros que no tienen necesidades especiales, las familias y los profesores).

Tener una base sólida en la práctica adecuada para el desarrollo, que incluye la importancia de conocer y satisfacer las necesidades de cada niño, contribuye en gran medida a brindar una educación temprana inclusiva. El apoyo, las adaptaciones y la colaboración son esenciales para ofrecer un programa educativo inclusivo para la primera infancia.[1]

Referencias

[1] Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs de Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; y Maricela Tafoya tiene una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License, a menos que se indique lo contrario.

26.11: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.12: Recursos adicionales

Recursos adicionales para el cuidado inclusivo

Realice una autoevaluación de las prácticas inclusivas en su programa con las listas de verificación como las que incluimos aquí:

- Listas de verificación para brindar o recibir apoyos de intervención temprana en entornos de cuidado infantil. Utilice estas listas de verificación para evaluar sus prácticas para promover el aprendizaje y el desarrollo. Proporcionado por el Family, Infant and Preschool Program Center para el Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices; parte del J. Iverson Riddle Developmental Center.
- Lista de verificación para la planificación de la inclusión: programas de cuidado y educación temprana en centros. Revise esta lista de verificación para conocer las formas que se recomiendan para crear entornos inclusivos, receptivos y eficaces en los centros de cuidado infantil. Proporcionado por SpecialQuest Birth-Five: Head Start/Hilton Foundation Training Program.
- Utilice el Head Start Parent, Family, and Community Engagement Framework en su programa: marcadores digitales de progreso. Haga un seguimiento del progreso de su programa en cuanto a la participación efectiva de la familia para apoyar los resultados positivos para las familias y el desarrollo y el aprendizaje de los niños, con esta herramienta basada en Head Start Parent, Family, and Community Engagement Framework y Performance Standards.

26.12: Recursos adicionales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

26.13: Referencias

The Future of Education by ACT Government Education is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International unless otherwise stated.

American Academy of Pediatrics. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics.* (2006) 118:405–20. doi: 10.1542/peds.2006-1231

Image by Leigh Blackall is licensed under CC BY 2.0

Family Partnerships and Culture by the California Department of Education is used with permission

A Guide to Culturally Sensitive Care by the California Department of Education is used with permission

Inclusion Works! Creating Child Care Programs That Promote Belonging for Children with Special Needs by the California Department of Education is used with permission

Coelho V and Pinto AI (2018) The Relationship between Children's Developmental Functioning and Participation in Social Activities in Portuguese Inclusive Preschool Settings. *Front. Educ.* 3:16. doi: 10.3389/feduc.2018.00016 This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**.

Craig-Unkefer, L. A., and Kaiser, A. P. (2002). Improving the social communication skills of at-risk preschool children in a play context. *Top. Early Child. Spec. Educ.* 22, 3–13. doi:10.1177/027112140202200101

Introducing developmental disability through a disability studies perspecitve by Emily Brooks and Mariette Bates. This entry is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International license.

Child Development Resources by the California Department of Education is used with permission

Chapter 15: Families of Children with Special Needs or Special Health Care Needs by Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; and Maricela Tafoya is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, except where otherwise noted.

Chapter 11: Looking at Diversity, Equity and Inclusion by Krischa Esquivel; Emily Elam; Jennifer Paris; and Maricela Tafoya is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, except where otherwise noted.

Family Partnerships and Culture by the California Department of Education is used with permission

Guralnick, M. (2008). International perspectives on early intervention: a search for common ground. *J. Early Intervention* 30, 2. doi:10.1177/1053815107313483

Nancy Hunt California State University. (n.d.). *Pace - identifying young children for early intervention in California*. Policy Analysis for California Education. Retrieved May 10, 2022, from https://edpolicyinca.org/publication...ion-california is licensed CC BY

Inclusion Works! By the California Department of Education is used with permission

Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines by the California Department of Education is used with permission

The Glossary of Education Reform by the Great Schools Partnership is licensed under CC BY-NC-SA 4.0

Ivory, J. J., and McCollum, J. A. (1999). Effects of social and isolate toys on social play in an inclusive setting. *J. Spec. Educ.* 32, 238–243. doi:10.1177/002246699903200404

Jamison, K. R., Forston, L. D., and Stanton-Chapman, T. L. (2012). Encouraging social skill development through play in early childhood special education classrooms. *Young Except. Child.* 15, 2. doi:10.1177/1096250611435422

Foundations of Education and Instructional Assessment. **Authored by**: Jennifer Kidd, Jamie Kaufman, Peter Baker, Patrick O'Shea, Dwight Allen, and the students of Old Dominion University's ECI301. **Provided by**: Old Dominion University. Is licesensed CC-BY-SA

Definition for Diversity. (2019). Queensborough Community College. Retrieved from https://www.qcc.cuny.edu/diversity/definition.htm

Early Childhood Inclusion by DEC/NAEYC—Permission to copy not required—distribution encouraged (page 2)

Rubin, K. H., Maioni, T. L., and Hornung, M. (1976). Free play behaviors in middle- and lower-class preschoolers: Parten and Piaget Revisited. *Child Dev.* 47, 2. doi:10.1111/1467-8624.ep12189769

Sigafoos, J., R. Pennell, D., and Graves, D. (1999). Longitudinal assessment of play and adaptive behavior in young children with developmental disabilities. *Res. Dev. Disabil.* 20, 147–161. doi:10.1016/S0891-4222(98)00038-9

Siller M, Morgan L, Wedderburn Q, Fuhrmeister S and Rudrabhatla A (2021) Inclusive Early Childhood Education for Children With and Without Autism: Progress, Barriers, and Future Directions. *Front. Psychiatry* 12:754648. doi: 10.3389/fpsyt.2021.754648 This is an open access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**

Thought Leaders. (2018). Equity in Education: What it Is and Why it matters. Retrieved from https://www.thinkingmaps.com/equity-education-matters/ ↵

Diversity, Equity, and Inclusion by Bethany Theme is licensed under CC BY 4.0 ↵

Ozonoff S, Young GS, Landa RJ, Brian J, Bryson S, Charman T, et al. Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: a baby siblings research consortium study. *J Child Psychol Psychiatry.* (2015) 56:988–98. doi: 10.1111/jcpp.12421

U.S Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, n.d., Creating Inclusive Environments and Learning Experiences for Infants and Toddlers is in the pubic domain

Policy Statement on Inclusion of Children with Disabilities in Early Childhood Programs by the US Department of Health and Human Services & the US Department of Education is in the public domain (page 2)

Diversity and Opportunity by U.S. Department of Education is in the public domain.

26.13: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

27: Entorno interior

27.1: Introducción
27.2: El impacto de nuestro entorno
27.3: Elementos fundamentales del entorno
27.4: Elementos fundamentales del entorno
27.5: Elementos fundamentales del entorno en relación con la salud
27.6: Elementos fundamentales del entorno en relación con la iluminación y la comodidad
27.7: Elementos fundamentales del entorno en relación con la practicidad
27.8: Elementos fundamentales del entorno. Satisfacción de las necesidades individuales- tamaño y flexibilidad del niño
27.9: Elementos fundamentales del entorno en relación con el movimiento y las elecciones
27.10: Elementos fundamentales del entorno en relación con las interacciones
27.11: Elementos fundamentales del entorno en relación con la bienvenida a las familias
27.12: Apoyo del desarrollo
27.13: División y definición del espacio
27.14: Apoyo para los niños con necesidades especiales
27.15: Conclusión
27.16: Referencias

27: Entorno interior is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.1: Introducción

Introducción al entorno interior

El entorno en el que los bebés y niños pequeños pasan sus días suele pasarse por alto. pero, en realidad, se le debe prestar el mismo nivel de atención que a todos los demás aspectos del cuidado. Hay que tener en cuenta las cuestiones de salud y seguridad, pero la planificación también debe dar prioridad a la forma en que el entorno favorece, apoya y estimula la construcción y el mantenimiento de relaciones.

27.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.2: El impacto de nuestro entorno

Efecto del entorno

¿Hay ciertos lugares a los que le gusta ir? ¿Un restaurante favorito, un estadio deportivo o la casa de un buen amigo? ¿Qué características de esos lugares lo hacen sentir bienvenido o seguro? ¿Qué hace que quiera volver? Al pensar en estos lugares, es posible que recuerde la gente a su alrededor, el color de la habitación, la presencia de luz solar, los sonidos y los olores, los muebles, los accesorios o la temperatura.

Ahora, piense en los lugares en los que no le gusta pasar el tiempo. Tal vez el consultorio del dentista, el aeropuerto o un restaurante ruidoso. ¿Qué hace que estos entornos le resulten menos agradables? En algunos ambientes, nos sentimos relajados y cómodos. En otros, nos sentimos tensos, abrumados y confundidos. El entorno tiene un efecto poderoso sobre nosotros. Influye en cómo nos sentimos, en lo que hacemos y en la forma en que respondemos. A algunas personas nos desagradan los lugares en los que sentimos que no podemos controlar o predecir nuestras experiencias. En algunos espacios, podemos sentir que no pertenecemos o que no nos aprecian.

Al igual que los adultos, los bebés y los niños pequeños se ven afectados por su entorno, aunque no puedan comunicarnos directamente cómo se sienten. Nuestro trabajo como cuidadores es garantizar que los espacios de aprendizaje hagan que los bebés y los niños pequeños se sientan bienvenidos, seguros y preparados para aprender. (The Ohio State University for the US Department of Defense’s Office of Family Policy/Children and Youth, 2021).

El entorno de una guardería es uno de los maestros más valiosos que tendrá el niño y repercute en todas las facetas de un programa. La investigación realizada con la Escala de calificación del entorno para la primera infancia (Early Childhood Environment Rating Scale, ECERS) (Sylva et al. 2010) y el Sistema de puntuación de la evaluación en el salón de clases (Classroom Assessment Scoring System, CLASS) (Howes et al. 2008; Mashburn et al. 2008) indican que el entorno físico, el clima socioemocional y las interacciones sociales influyen en la calidad general de un programa: los entornos físicos de alta calidad mejoran el bienestar y el desarrollo de los niños pequeños. Todos los entornos transmiten mensajes. En los programas de cuidado de niños, estos mensajes pueden transmitir las creencias y los valores de los cuidadores sobre los niños pequeños, cómo aprenden los niños, el rol de las familias y la importancia de la comunidad. El entorno de un programa debe transmitir a todos los niños un mensaje de pertenencia y seguridad. [1]

Referencias

[1] California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

27.2: El impacto de nuestro entorno is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.3: Elementos fundamentales del entorno

Qué incluir

Existe un acuerdo sustancial a nivel internacional sobre lo que es esencial para satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños en el cuidado en centros infantiles (por ejemplo, Lamb and Ahnert 2006). Los elementos básicos reconocidos en todo el mundo que se requieren para el desarrollo positivo de los niños son los siguientes: ambientes de cuidado seguros y saludables, estimulación y oportunidades de aprendizaje apropiadas para el desarrollo, interacciones positivas con personas adultas y fomento del crecimiento emocional individual y de las relaciones positivas con otros niños (Cryer et al. 2002) (Verner et.al, 2016). Los espacios para bebés y niños pequeños pueden organizarse de forma que respalden diversas exploraciones y rutinas. La mayoría de las veces, la disposición de los espacios de juego favorece diferentes tipos de aprendizaje y experiencias, como los siguientes: (Lally, Stewart, and Greenwald 2009).

- actividad de los músculos pequeños;
- percepción sensorial;
- actividad de los músculos grandes;
- expresión creativa.

Además, los cuidadores de bebés y niños pequeños necesitan espacio para sus rutinas: saludar, salir, comer y alimentarse, dormir, cambiar los pañales y hacer el aseo.

Otras áreas de exploración que hay que tener en cuenta a la hora de crear un entorno son el juego con bloques, el juego de fantasía, las zonas de múltiples niveles, las zonas tranquilas para descubrir libros y las zonas acogedoras (WestEd, n.d.). Dividir la habitación en distintas zonas crea un entorno organizado y coherente.



Figura 27.3.1: Entorno para niños (la imagen de Community Playthings se utiliza con permiso).

No solo hay que tener en cuenta los tipos de experiencias que el entorno favorece, sino que el entorno de los bebés y niños pequeños también debe proporcionar lo siguiente:[1]

- garantizar la seguridad;
- promover la salud;
- brindar comodidad a los niños y a la personas adultas;
- ser práctico para los niños y las personas adultas;
- ser de tamaño adecuado para niños;
- maximizar la flexibilidad;
- estimular el movimiento;
- permitir la elección;
- garantizar la accesibilidad.

Estos conceptos ayudan a que los programas se centren en el impacto global que todo el entorno tiene sobre los bebés, los niños pequeños y los cuidadores.[2]

Referencias

[1] California Department of Education (CDE Press). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[2] California Department of Education (CDE Press). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

27.3: Elementos fundamentales del entorno is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.4: Elementos fundamentales del entorno

Seguridad

Crear espacios para bebés y niños pequeños que garanticen la seguridad es uno de los aspectos más importantes que se debe tener en cuenta a la hora de diseñar un entorno. Los entornos seguros posibilitan que los bebés y niños pequeños tengan la libertad de explorar y apoyan el desarrollo de su sentido de identidad. Por razones de salud y seguridad, es esencial que las zonas donde se come, se preparan alimentos, se duerme y se cambian pañales estén separadas de las zonas de juego.



Figura 27.4.1: La zona de aseo y la cocina deben estar separadas por motivos de salud y seguridad. ([1]

Los entornos seguros permiten al cuidador dedicar menos tiempo a supervisar la seguridad de los bebés y niños pequeños y dedicar más tiempo a las interacciones y la construcción de relaciones. Cuando el entorno hace que el cuidador traslade al bebé constantemente a un lugar más seguro, el aprendizaje y la participación del niño se interrumpen. En su lugar, establezca el entorno de forma que permita que el niño se mueva con libertad e interactúe sin restricciones excesivas.

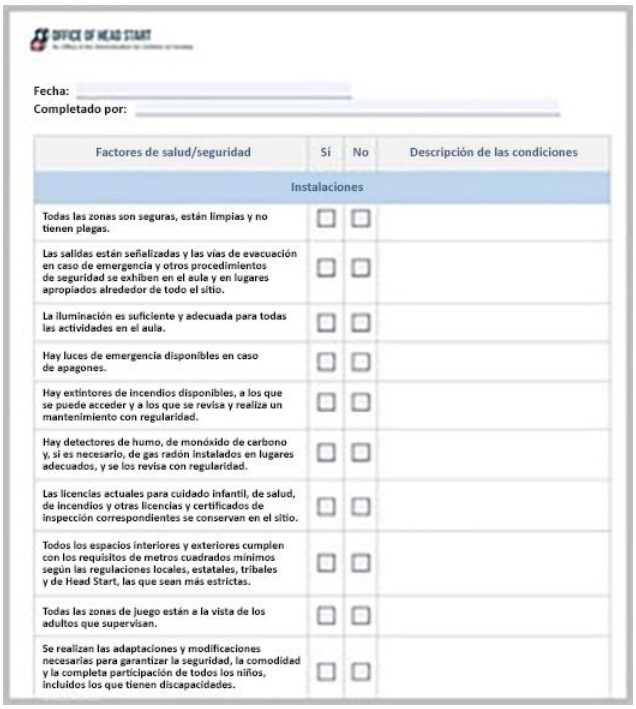


Figura 27.4.2: Dos entornos con áreas bien definidas y libertad de elección para los bebés. ([2])

A medida que los bebés y niños pequeños se mueven y exploran el entorno, trasladan los juguetes de un lugar a otro. Por ello, el suelo suele estar cubierto de juguetes. Tenga en cuenta que, cuando los juguetes están desparramados, la investigación de los bebés puede interrumpirse o detenerse, o se crea un peligro potencial. Los cuidadores deben pasar con regularidad por el entorno, retirar los objetos que no se están usando y volverlos a colocar en las zonas de almacenamiento designadas. Con esta práctica, se mantiene un espacio de juego seguro y acogedor, y mantiene los juguetes accesibles para los bebés. [3] En el caso de los bebés más grandes y los niños pequeños, el hecho de hacer tiempo para la limpieza antes de pasar a otra actividad contribuye a que los niños cuiden de su entorno de forma responsable.

Conservar la seguridad del entorno y garantizar el cumplimiento de los reglamentos y las restricciones específicas de las licencias puede ser difícil, si no imposible, de recordar. Las listas de verificación permiten evaluar periódicamente la seguridad de los

entornos interiores y exteriores. Esta documentación ayuda a los cuidadores a llevar un registro de estos detalles y mantener un entorno seguro.[4]



OFFICE OF HEAD START

Fecha: _____

Completado por: _____

Factores de salud/seguridad	Sí	No	Descripción de las condiciones
Instalaciones			
Todas las zonas son seguras, están limpias y no tienen plagas.	☐	☐	
Las salidas están señalizadas y las vías de evacuación en caso de emergencia y otros procedimientos de seguridad se exhiben en el aula y en lugares apropiados alrededor de todo el sitio.	☐	☐	
La iluminación es suficiente y adecuada para todas las actividades en el aula.	☐	☐	
Hay luces de emergencia disponibles en caso de apagones.	☐	☐	
Hay extintores de incendios disponibles, a los que se puede acceder y a los que se revisa y realiza un mantenimiento con regularidad.	☐	☐	
Hay detectores de humo, de monóxido de carbono y, si es necesario, de gas radón instalados en lugares adecuados, y se los revisa con regularidad.	☐	☐	
Las licencias actuales para cuidado infantil, de salud, de incendios y otras licencias y certificados de inspección correspondientes se conservan en el sitio.	☐	☐	
Todos los espacios interiores y exteriores cumplen con los requisitos de metros cuadrados mínimos según las regulaciones locales, estatales, tribales y de Head Start, las que sean más estrictas.	☐	☐	
Todas las zonas de juego están a la vista de los adultos que supervisan.	☐	☐	
Se realizan las adaptaciones y modificaciones necesarias para garantizar la seguridad, la comodidad y la completa participación de todos los niños, incluidos los que tienen discapacidades.	☐	☐	

Figura 27.4.3: Cuestionario de salud y seguridad. ([4])

Una forma sencilla de crear un entorno seguro y fomentar las relaciones es cumplir con los límites de tamaño de grupo y de proporción de niños por personas adultas adecuados (González-Mena, & Widmeyer Eyer, 2012). Los grupos con menos integrantes y las proporciones menores de niños por persona adulta crean y mantienen un entorno seguro para todos los bebés y niños pequeños.[5] Como punto de partida, California tiene requisitos de licencia para garantizar la seguridad de los niños en los programas para la primera infancia. En California, la División de Licencias para la Atención Comunitaria establece que los centros infantiles que atienden a niños desde el nacimiento hasta los dos años deben tener una proporción mínima de un docente infantil totalmente calificado por cada cuatro bebés. En una sala con más de cuatro bebés, hasta un máximo de doce, debe haber un docente totalmente calificado responsable del cuidado directo y la supervisión de un máximo de cuatro bebés. Si un docente totalmente calificado supervisa a los asistentes, cada uno de ellos será responsable del cuidado directo y la supervisión de un máximo de cuatro bebés. (*Teacher-to-Child Ratios in Child Care Centers* 2016). Muchos programas van más allá de los requisitos mínimos del estado para garantizar la seguridad de los niños y prevenir accidentes y lesiones.[6]

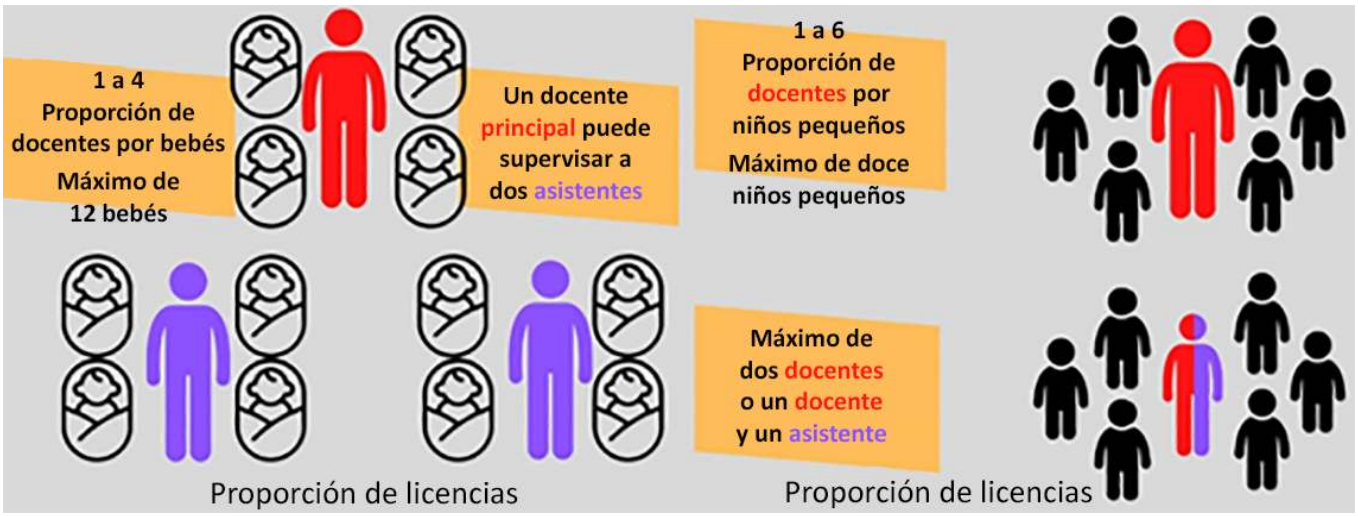


Figura 27.4.4: Proporción de licencias para salas de bebés. [1] y. Proporción de licencias para niños pequeños [1]

El Programa para el Cuidado de Bebés y Niños Pequeños recomienda que la proporción sea de una persona adulta por cada tres o cuatro niños y que el grupo tenga un máximo de seis a doce niños, dependiendo de sus edades. El principio rector es que cuanto más jóvenes son los niños, más pequeño es el grupo *(Small Groups in Center-Based Programs* n.d.). Un recurso útil para las recomendaciones basadas en la investigación sobre el tamaño de los grupos y las proporciones es Caring for Our Children FOURTH EDITION National Health and Safety Performance Standards Guidelines for Early Care and Education Programs, de National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education, y los Head Start Program Performance Standards.[5]

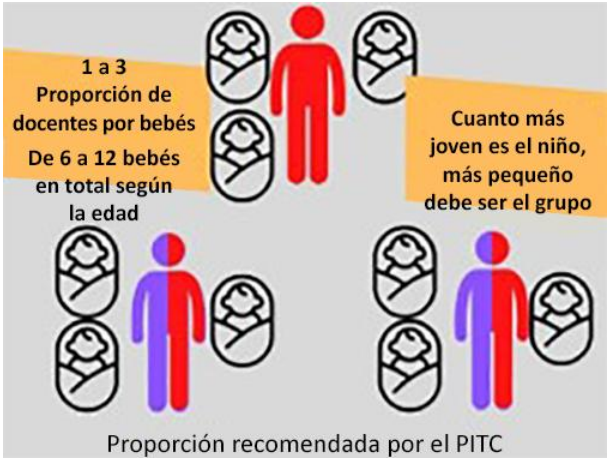


Figura 27.4.5: Proporción recomendada por el Programa para el Cuidado de Bebés y Niños Pequeños (Program for Infant Toddler Care, PITC). ([1])

Seguridad en los equipos, los materiales y el mobiliario

El equipo, los materiales, el mobiliario y las áreas de juego deben ser resistentes y seguros, estar en buenas condiciones y cumplir las recomendaciones de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (Consumer Product Safety Commission, CPSC). Aunque no es una lista exhaustiva, los programas deben prestar atención a los siguientes riesgos de seguridad:

- Aberturas que puedan atrapar la cabeza o las extremidades del niño.
- Superficies elevadas que no estén protegidas de manera adecuada.
- Falta de revestimiento y zonas de caída especificadas debajo y alrededor de equipos que se pueden escalar.
- Tamaño y diseño del equipo no adecuados para los usuarios previstos.
- Espacios insuficientes entre los equipos.
- Elementos que presentan peligros de tropiezo.
- Elementos que pueden pellizcar, cortar o aplastar los tejidos del cuerpo.
- Equipos que se sabe que son peligrosos.
- Puntas o esquinas afiladas.
- Astillas.
- Clavos, tornillos u otras piezas que sobresalgan y que puedan enganchar la ropa o la piel.
- Piezas sueltas y oxidadas.
- Piezas pequeñas y peligrosas que pueden desprenderse del aparato durante el uso normal o por un abuso razonablemente previsible del equipo y que presentan un peligro de asfixia, aspiración o ingestión para un niño.
- Peligros de estrangulamiento (por ejemplo, correas, cuerdas, etc.).
- Pintura desprendida.
- Pintura que contiene plomo u otros materiales peligrosos.
- Objetos que presentan riesgos de vuelco, como cofres, estanterías y televisores.

Las bolsas de plástico lo suficientemente grandes como para suponer un riesgo de asfixia, así como las cerillas, las velas y los mecheros, deben estar fuera del alcance de los niños. [7]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

[2] Infant Environment de Above & Beyon Child Care and Education Center,MI se utiliza con permiso.

[3] California Department of Education (CDE Press). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[4] Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener: es de dominio público.

[5] U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. (n.d.). Nurturing Environments. Es de dominio público.

[6] California Department of Education (CDE Press). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[7] U.S Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. ECLKC *Safety of equipment, materials, and furnishings* es de dominio público.

27.4: Elementos fundamentales del entorno is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.5: Elementos fundamentales del entorno en relación con la salud

Salud

En un entorno saludable la posibilidad de contraer y propagar enfermedades disminuye y el bienestar general de los bebés y los niños pequeños mejora (Lally, Stewart & Greenwald, 2009).[1]

La preocupación por la salud debe ser parte integral de las prácticas rutinarias de cuidado, como el lavado de manos, el uso de guantes y el lavado de los juguetes. Incluso los entornos bien diseñados que cumplen con las normas más estrictas siguen necesitando un cuidador atento para mantenerse higiénicos. En algunos casos, el personal puede necesitar capacitación sobre los procedimientos especializados para las necesidades de atención sanitaria de un niño o para realizar adaptaciones físicas especiales.[2] Los programas deben seguir un cronograma rutinario de limpieza, higienización y desinfección. Los productos de limpieza, higienización y desinfección no deben utilizarse cerca de los niños, y debe haber una ventilación adecuada durante su uso.[3]



Figura 27.5.1: Lavarse las manos debe ser parte de los cuidados rutinarios para mantener un entorno saludable. ([1])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. (n.d.). Nurturing Environments. Es de dominio público.

[2] *California Department of Education. (2019). Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

[3] U.S Department of Health and Human Services: Administration for Children & Families. *Routine cleaning, sanitizing, and disinfecting*. ECLKC. Es de dominio público.

[4] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

27.5: Elementos fundamentales del entorno en relación con la salud is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.6: Elementos fundamentales del entorno en relación con la iluminación y la comodidad

Iluminación y comodidad

Un programa para bebés y niños pequeños debe utilizar diversos tipos de iluminación. Las luces incandescentes proporcionan una luz más suave y pueden utilizarse para concentrarse en las zonas de aprendizaje. Las lámparas, las claraboyas y la luz natural que entra por las ventanas brindan opciones de iluminación adicionales. Si el código contra incendios lo permite, cubra con tela las luces brillantes para reducir su intensidad, especialmente en las zonas donde los niños miran fijamente las luces.



Figura 27.6.1: La luz natural crea un ambiente cálido y confortable (la imagen de Jenny Allen se utiliza con permiso).



Figura 27.6.2: Lámpara pequeña.[1]



Figura 27.6.3: Luz de techo [1]



Figura 27.6.4: Lámpara en el salón de niños pequeños [1]

Comodidad

Un entorno cómodo del que todas las personas puedan disfrutar contribuye en gran medida a la calidad de un programa. Coloque el mobiliario y el equipo de manera que las personas adultas puedan observar, supervisar e interactuar cómodamente con los bebés.[2]

Aunque el énfasis de los entornos de aprendizaje de apoyo para bebés y niños pequeños se hace en los niños, es esencial crear un espacio físico que apoye a los educadores que pasan gran parte del día en el suelo interactuando con los bebés. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021) Cuando los cuidadores pueden sentarse cómodamente en el suelo, la atención se dedica a participar en interacciones receptivas con los bebés y niños pequeños en lugar de en encontrar una posición cómoda.[3]



Figura 27.6.5: Crear un espacio cómodo. ([4])

Un entorno cómodo en el que los adultos y los niños puedan relajarse motiva a los docentes a sentarse con los bebés y crea una atmósfera que transmite seguridad emocional y física a todos. Ofrezca lugares para que los niños y los adultos se acurruquen, como un sillón reclinable, una silla mecedora o un sofá, donde los adultos puedan sostener a los niños en su regazo para que se sientan reconfortados y tengan una interacción tranquila.[1]



Figura 27.6.6: La cuidadora encuentra un lugar cómodo para leer con los niños sobre el suelo. ([1])

Tener una o dos sillas para adultos en la habitación (por ejemplo, una mecedora o un sillón) puede enviar el mensaje visual a los miembros de la familia (que pueden sentirse menos cómodos en un entorno de tamaño infantil) de que son bienvenidos. Estas sillas para personas adultas pueden constituir un espacio donde los miembros de la familia pueden leer un libro a su hijo durante el momento de dejarlos en la escuela o de buscarlos, proporcionar un espacio para que las madres puedan visitar y amamantar, y ayudar a crear un ambiente hogareño en el salón. Recuerde que no todo en los hogares de los niños es del tamaño de un niño. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021).



Figura 27.6.7: Cree un lugar cómodo para que los cuidadores participen en las actividades. [1]



Figura 27.6.8: Un espacio cómodo para los cuidadores y los padres. [6]



Figura 27.6.9: Un espacio cómodo para los cuidadores y los padres. ([1])

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

[2] California Department of Education (CDE Press). *Development Foundations: Social-Emotional Development.* Se utiliza con permiso.

[3] Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener: es de dominio público.

[4] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

[5] U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. (n.d.). Nurturing Environments. Es de dominio público.

[6] La imagen de Kids Work Chicago Day Care es de dominio público.

[7] La imagen de NappyStudio tiene licencia **Creative Commons Cero (CC0)**.

27.6: Elementos fundamentales del entorno en relación con la iluminación y la comodidad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.7: Elementos fundamentales del entorno en relación con la practicidad

Practicidad

Organizar el entorno de manera que las personas adultas, los bebés y los niños pequeños puedan acceder fácilmente a los materiales de juego ayuda a los bebés y a los niños pequeños a darse cuenta de que pueden hacer cosas por sí mismos. Les da la posibilidad a los niños de probar ideas y utilizar materiales nuevos. A la hora de organizar las cosas para facilitar su uso, piense en almacenar juntos materiales similares. Los materiales similares son cosas que van juntas o son necesarias para ciertas actividades. Por ejemplo, los muñecos pueden guardarse cerca de las mantas u otros artículos de juego dramático, como platos y cucharas de juguete. Los bloques blandos podrían guardarse cerca de objetos como tazas o anillos para apilar, de modo que los bebés y niños pequeños puedan combinar estos materiales en su exploración.

Por ejemplo:

- Guardar los libros en una estantería en la que los niños puedan ver las portadas completas puede generar un mayor interés por la lectura y facilitar la elección de un libro que despierte su interés.
- Guardar los rompecabezas sencillos de madera en un estante para rompecabezas facilita que los niños escojan un rompecabezas y lo devuelvan a su lugar cuando terminen de jugar.



Figura 27.7.1: Estantería con frente abierto para fomentar el interés. [1]



Figura 27.7.2: Los libros en un estante bajo incentivan a los bebés a interactuar con estos elementos.[1]

Los tipos de almacenamiento, como las papeleras, las cestas y los contenedores, condicionan la facilidad con la que los niños pueden buscar los materiales y guardarlos.



Figura 27.7.1: Las cajas de pañuelos permiten acceder fácilmente a los materiales. [3]



Figura 27.7.1: Una cesta abierta también permite acceder con facilidad a los materiales.[3]

Los contenedores de almacenamiento deben ser sin tapa para que los niños puedan buscar cualquier material que necesiten por sí mismos. Deben estar hechos de materiales livianos (por ejemplo, plástico en vez de metal) y no deben ser demasiado grandes ni pesados para que los niños puedan manejarlos de forma independiente. Con contenedores de plástico transparentes los niños pueden ver fácilmente los materiales que hay en el interior. Utilice contenedores lo suficientemente grandes como para albergar los materiales sin que se caigan. No debe haber cosas que puedan pinchar o arañar a los niños en las cestas y deben estar bien tejidas como para que el contenido no pueda caerse por los agujeros.



Figura 27.7.1: Los estantes abiertos con cestas abiertas facilitan el acceso de los bebés y los niños pequeños.[3]

Figura 28.7.1.



Figura 27.7.1: Los contenedores abiertos crean oportunidades de fácil acceso. [3]

Un espacio donde guardar los objetos personales de las personas adultas (por ejemplo, el bolso, el abrigo) puede ayudar a reducir las preocupaciones de seguridad tanto de los padres como de los cuidadores. Si es posible, los cuidadores deben disponer de una zona tranquila (por ejemplo, una sala de estar) donde pasar los descansos y recuperar su energía física y emocional. Este espacio también puede utilizarse para tener conversaciones privadas entre los padres y los cuidadores. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021) Algunos entornos pueden estar limitados en cuanto a espacio: los directores de los programas y los cuidadores tendrán que pensar con creatividad en el espacio de almacenamiento para las pertenencias personales o las áreas para recuperarse.



Figura 27.7.1: Zonas de almacenamiento para las pertenencias cerradas con llave ([3]

Fuente de Figuras

[1] Infant Environment de Jennie Powell se utiliza con permiso.

[2] Infant Environment de Above & Beyond Child Care and Education Center, MI se utiliza con permiso.

[3] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

27.7: Elementos fundamentales del entorno en relación con la practicidad is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.8: Elementos fundamentales del entorno. Satisfacción de las necesidades individuales- tamaño y flexibilidad del niño

Necesidades individuales: tamaño y flexibilidad del niño

Los cuidadores deben crear un entorno flexible que se adapte fácilmente a las necesidades y preferencias individuales de los niños. [1] Los bebés y niños pequeños crecen y se desarrollan rápidamente y a su propio ritmo. Los entornos deben satisfacer sus necesidades actuales de desarrollo, así como las habilidades emergentes, sin olvidar la adecuación y seguridad del espacio y el mobiliario. El espacio y el mobiliario deben unirse para crear un entorno de aprendizaje adecuado a las necesidades de los bebés y los niños pequeños en desarrollo.



Figura 27.8.1: Entorno para los niños pequeños. ([2])

Los cuidadores pueden apoyar el deseo natural de los bebés y los niños pequeños de explorar de forma activa su entorno con todo su cuerpo al estar al tanto de la progresión de los hitos del desarrollo. Este conocimiento ayuda a los cuidadores a entender y predecir mejor qué interacciones, materiales y experiencias serán seguros, atractivos y de mayor ayuda para promover el aprendizaje y el desarrollo.



Figura 27.8.2: Entorno con oportunidades de exploración activa. ([3])

Evaluar el entorno e introducir cambios oportunos es un proceso continuo que aborda las necesidades únicas de los bebés y niños pequeños y valora el desarrollo de sus habilidades e intereses. Un ejemplo de entorno flexible son las sillas y las mesas bajas en las que los niños pueden comer o trabajar en proyectos artísticos sencillos o hacer rompecabezas. Estas características permiten moverse con facilidad y crear espacios flexibles.



Figura 27.8.3: Las mesas y las sillas bajas satisfacen las necesidades de desarrollo de los bebés y los niños pequeños.[1]



Figura 27.8.4: Una mesa baja permite el acceso a los bebés con diferentes necesidades de desarrollo. [4]

El entorno de las guarderías para bebés y niños pequeños "... nunca se determina de una vez por todas. Planificar, organizar, evaluar y reorganizar es un proceso continuo que ocurre a medida que los cuidadores se esfuerzan por lograr la calidad y encontrar lo que funciona mejor para ellos y para los niños a medida que crecen y cambian" (Gonzalez-Mena & Eyer, 2012, p. 285).



Figura 27.8.5: Los bloques de espuma grandes pueden configurarse para dar acceso a un abanico de necesidades de desarrollo. ([4]).

Las guarderías familiares pueden ser un excelente ejemplo de creación de entornos flexibles para satisfacer las necesidades de las distintas capacidades de desarrollo y distintas edades, al tiempo que se acomodan a los adultos que utilizan el espacio.

El compromiso con la reflexión y la adaptación continuas mejora la calidad de los espacios para bebés y niños pequeños, y apoya la exploración y el aprendizaje continuos de los niños (Bergen, Reid & Torelli, 2009)[1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener:
es de dominio público.

[2] Toddler Environment by Above & Beyond Child Care and Education Center,MI se utiliza con permiso.

[3] Infant Environment de Jennie Powell se utiliza con permiso.

[4] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC

27.8: Elementos fundamentales del entorno. Satisfacción de las necesidades individuales- tamaño y flexibilidad del niño is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.9: Elementos fundamentales del entorno en relación con el movimiento y las elecciones

Movimiento y elecciones

Al igual que las personas adultas, los bebés y los niños pequeños se frustran cuando no pueden moverse con facilidad por un entorno o encontrar lo que necesitan. Los bebés y niños pequeños aprenden sobre la vida y la experimentan a través de exploraciones sensoriales y motoras. Tocan, prueban, huelen, observan y se mueven en el mundo que les rodea para buscar sentido y construir conceptos. El suelo, el techo, la iluminación, las paredes y los muebles contribuyen al aprendizaje de los bebés y niños pequeños. Para aprovechar plenamente el entorno, los bebés y niños pequeños necesitan una libertad de movimiento segura y sin inhibiciones por todo el tiempo que sea posible durante todo el día. La libertad para moverse favorece el crecimiento de los niños al dejarles espacio para que practiquen sus habilidades físicas según sus necesidades y deseos. (Lally, Stewart, & Greenwald, 2009). [1]

Un entorno que permita a los bebés y niños pequeños moverse libremente les ayuda a explorar íntegramente el espacio y a hacer lo que les resulta natural, como gatear, desplazarse, correr, trepar, saltar y caminar. Los cuidadores deben evitar colocar a los bebés en aparatos restrictivos, como columpios, sillas mecedoras para bebés o tronas, durante períodos prolongados (o en absoluto, si es posible). Los aparatos restrictivos inhiben el movimiento natural e impiden que los niños utilicen sus músculos para rodar, desplazarse y levantarse.



Figura 27.9.1: No se recomienda usar aparatos restrictivos en cuidado grupal ([2])

Al tener caminos claros, los bebés y niños pequeños pueden moverse con facilidad por la habitación y, al mismo tiempo, crean un espacio definido para la exploración protegida. El mobiliario y los equipos deben permitir diversas opciones de movimiento para que los bebés puedan gatear, levantarse y, a medida que desarrollan sus habilidades físicas, trepar y saltar.[3]



Figura 27.9.2: Los bloques de espuma grandes ofrecen varias oportunidades de movimiento. ([4])

Los revestimientos de suelo blandos y gruesos, como los tapetes de vinilo, ayudan a que los bebés ambulantes se sientan cómodos al moverse por el suelo.



Figura 27.9.3: Las alfombras de plástico grandes ofrecen una comodidad adicional para los bebés que se mueven por el suelo.



Figura 27.9.4: Las alfombras suaves en el suelo crean más comodidad para los bebés ambulantes y no ambulantes. [5]

La adición de elementos únicos y emocionantes, como túneles, fomenta aún más el desarrollo de la motricidad y la exploración.

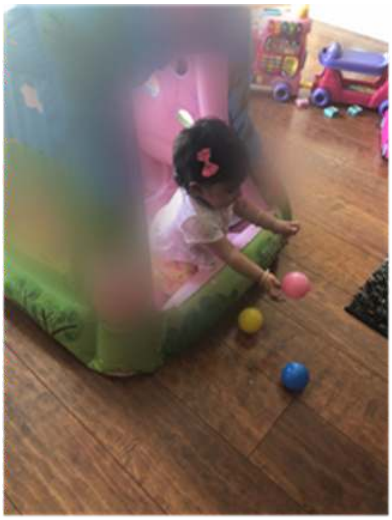


Figura 27.9.5: Un túnel con bolas de plástico aporta experiencias de diversión y juego. [6]

Figura 28.9.6.



Figura 27.9.6: Añada túneles para sumar oportunidades de movimiento. ([7])

Para los niños pequeños, los desniveles, las escaleras o las escaleritas portátiles crean oportunidades para un movimiento vertical seguro. Ofrecer a los bebés y niños pequeños diversas opciones a lo largo del día les ayuda a mantenerse interesados y comprometidos de forma segura.[8]



Figura 27.9.7: Las escaleras y los toboganes brindan opciones de movimiento adicionales. [9]

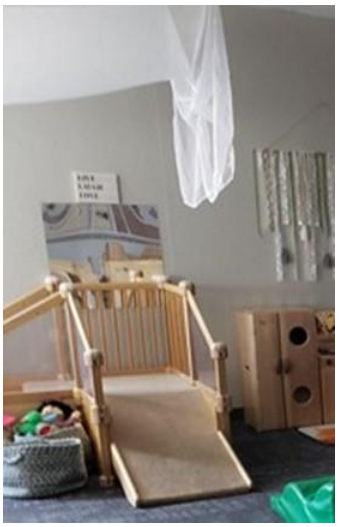


Figura 27.9.8: Incluya rampas para sumar oportunidades de

movimiento.[4]

En un entorno positivo, los niños pueden moverse libremente sin escuchar “no” mientras exploran, toman decisiones e interactúan con su entorno. [10] Los niños pequeños pueden seguir sus intereses y desarrollar sus habilidades en un entorno que les respete y les anime.[1] Cuando los niños se sienten apoyados e interesados en un “entorno permitido”, es menos probable que muestren comportamientos desafiantes hacia las personas adultas.[11]

Para los bebés y los niños pequeños, todos los aspectos del mundo son emocionantes e interesantes. Los entornos deben ayudarles a descubrir que pueden encontrar y utilizar materiales por su cuenta. Cuando los bebés y los niños pequeños pasan los días en un entorno bien organizado y con posibilidades claras, encuentran materiales fascinantes y pueden centrar sus esfuerzos en explorar y aprender. Guardar los materiales en estanterías bajas y abiertas permite a los niños ver los materiales disponibles, tomar una decisión y devolver el artículo con menos ayuda de los adultos. Tan pronto como los niños puedan arrastrarse o gatear hasta los materiales, hay que animarles a que escojan y accedan por sí mismos a los materiales con los que les interesa jugar. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021) Un entorno desorganizado o demasiado estimulante crea dificultades para que los bebés y niños pequeños se centren en un aspecto del entorno en concreto. Tener demasiadas opciones puede ser abrumador.

Organice el entorno de manera que los bebés y niños pequeños puedan concentrarse en las cosas que les interesan. La creación de un espacio que proteja a los niños pequeños del movimiento de los niños mayores posibilita que exploren con confianza. Las zonas bien delimitadas y protegidas del tráfico permiten que los niños jueguen sin interrupciones. También es esencial considerar las formas de brindar oportunidades adecuadas para asumir riesgos, ya que los niños pequeños buscan desafíos a medida que crecen y aprenden.[1]



Figura 27.9.9: Considere la posibilidad de añadir un banco bajo en el exterior para ofrecer más oportunidades de movimiento. ([4])

Cuando los niños aprenden a utilizar signos y símbolos en su entorno fomentan su independencia. Los cuidadores ayudan a que sean más independientes al poner un rótulo cuidadosamente en los objetos y los lugares a los que pertenecen las cosas. Los mejores

rótulos tienen palabras escritas más imágenes o partes del objeto (como la pieza de un rompecabezas en una estantería que contiene rompecabezas de madera). El rotulado no solo ayuda a los niños a aprender a acceder a los juguetes y, finalmente, a limpiarlos por sí solos, sino que también crea un entorno con abundantes materiales impresos. Los cuidadores descubren que dan menos indicaciones y recordatorios cuando se utilizan los rótulos adecuados. Cuando los niños pueden trabajar de forma independiente con los materiales, los cuidadores tienen más tiempo para interactuar y ampliar las oportunidades de aprendizaje.



Figura 27.9.10: Rotule las estanterías con palabras y dibujos.[4]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] *California Department of Education. (2019). Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

[2] Imagen de Paul Ma de Pixabay.

[3] Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener: es de dominio público.

[4] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC.

[5] Young infant environment de Chantel Hunter con Turning Sun se utiliza con permiso.

[6] Imagen de Gurpreet Bhogal con licencia CC: BY-NC.

[7] Imagen de Molly Ram con licencia CC: BY-NC.

[8] U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. ECLKC Nurturing Environments. es de dominio público.

[9] La imagen de Green Tree Community School, LLC se utiliza con permiso.

[10] The California Infant/Toddler Curriculum Framework de California Department of Education se utiliza con permiso (2012).

[11] U.S Department of Health and Human Services: Administration for Children and Families. *Responsive Learning Environments*. ECLKC. Es de dominio público.

27.9: Elementos fundamentales del entorno en relación con el movimiento y las elecciones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.10: Elementos fundamentales del entorno en relación con las interacciones

Interacciones

Ofrecer objetos bellos o maravillosos en el salón invita a los bebés y niños pequeños a explorar e interactuar mediante el uso de provocaciones. Una provocación hace referencia a una imagen, experiencia o elemento que provoca el pensamiento, el interés, las preguntas o la creatividad (Edwards, 2002). Las provocaciones pueden ayudar a "incentivar" a los niños pequeños para que utilicen, piensen o vean los materiales de formas nuevas. Si el salón está bien diseñado, hay más opciones para incorporar las provocaciones con facilidad. La inspiración para las provocaciones suele provenir de los intereses del momento de los niños o de las habilidades de desarrollo emergentes (por ejemplo, gatear o agarrar).

Algunos ejemplos de provocaciones son los siguientes:

Imágenes: incluir imágenes de sus intereses puede ayudar a ampliar la exploración de conceptos específicos y enviar el mensaje de que las ideas de los niños se valoran. Utilice fotos de cosas auténticas en la medida de lo posible. Junto con el almacenamiento personal y las obras de arte de los niños, las imágenes también comunican que este espacio pertenece a los niños.

Un evento o una experiencia: por ejemplo, paseos por la naturaleza al aire libre o un "picnic" en el salón.

Libros: colocar de forma estratégica los libros relacionados con los intereses actuales de los niños en toda la habitación puede cambiar el juego y las interacciones. Por ejemplo, colocar un libro sobre obras de construcción junto a los bloques.

Objetos de la naturaleza: puede incluir elementos recogidos del exterior, como hojas, piñas o un jarrón de flores frescas. **Cambios sencillos en lo que se exhibe**: por ejemplo, un espejo seguro para niños en el suelo para que se vean a sí mismos mientras gatean sobre él, o los bebés de juguete en juegos dramáticos con cuencos y cucharitas son una invitación para que los bebés más grandes y los niños pequeños "alimenten" a los muñecos. Los cambios en lo que se exhibe también pueden incluir la reorganización del equipo para escalar a fin de ofrecer nuevos retos o la incorporación de diferentes texturas y colores en el suelo.



Figura 27.10.1: Ejemplos de piezas sueltas.

Las provocaciones orientan, ayudan e inspiran a los bebés y a los niños pequeños a interactuar con determinados materiales o espacios. Sin embargo, nunca deben imponer lo que los niños deben hacer o cómo deben involucrarse con los materiales. Por ejemplo, tal vez se coloquen algunos tubos de servilletas de papel vacíos y pañuelos para que los niños exploren empujando los pañuelos a través de los tubos, pero en lugar de eso, los niños disfrutan lanzando los pañuelos al aire y viéndolos caer (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021).

Fuente de Figuras

[1] **La imagen de un anónimo se utiliza con permiso.**

[2] La imagen de Stephanie Ashworth se utiliza con permiso.

27.10: Elementos fundamentales del entorno en relación con las interacciones is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.11: Elementos fundamentales del entorno en relación con la bienvenida a las familias

Bienvenida a las familias

Una política de puertas abiertas que incentive a las familias a entrar en el salón e interactuar con sus hijos y los cuidadores transmite el mensaje de que las familias son siempre bienvenidas.

Pregunte a los miembros de la familia de qué forma podemos lograr que el programa se sienta más como un hogar para sus hijos. [1] El entorno y los materiales deben reflejar la diversidad cultural y lingüística de los niños y las familias. Es fundamental que los docentes y los responsables de los programas tengan presente de manera consciente el contexto cultural de sus entornos y los mensajes culturales que envía su programa. El personal y las familias pueden trabajar en conjunto para crear entornos y experiencias familiares para los niños.

Los programas pueden crear un clima de respeto por la cultura y el idioma de cada niño mediante conexiones auténticas y significativas con las experiencias de los niños pequeños en sus hogares y comunidades. El diseño del entorno es un elemento fundamental de este objetivo. Estas conexiones genuinas mejoran el aprendizaje y el sentido de pertenencia, especialmente para los niños que tienen culturas diversas. Todos los aspectos del programa, incluido el entorno, deben reflejar o representar las culturas, costumbres e idiomas de las familias (incluidos los docentes, el resto del personal y los voluntarios).

Algunas formas de crear un entorno inclusivo incluyen, entre otras cosas, las siguientes:

Exponer en todo el entorno artefactos familiares y fotografías de los talentos únicos de los miembros de la familia (por ejemplo, musicales o artísticos) en lugares destacados.

Incorporar a las actividades y rutinas de aprendizaje una impresión ambiental que refleje los idiomas de los niños.

Cerciorarse de que los materiales de juego, la decoración de las salas y las celebraciones reflejen los diversos orígenes de los niños del programa y de otros grupos raciales y étnicos de la comunidad.

Elegir materiales que reflejen las culturas y los idiomas de los niños y las familias inscritas en el programa, al exhibir fotografías de los niños y las familias para mostrar los hogares y la vida cotidiana de las familias.[1]

La bienvenida de las familias debe incluir también la provisión de un espacio cómodo para que las madres lactantes puedan alimentar a sus bebés. Para algunos centros, puede ser difícil crear un espacio que sea verdaderamente privado. Informar a las madres lactantes sobre las zonas cercanas, incluso el despacho de un administrador, permite que las madres sepan que son bienvenidas y que el programa apoya la elección de amamantar.

Referencias

[1] Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener: es de dominio público.

27.11: Elementos fundamentales del entorno en relación con la bienvenida a las familias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.12: Apoyo del desarrollo

El entorno debe ser seguro, cómodo y confortable, y debe priorizar la salud y favorecer el desarrollo en todos los ámbitos.

Desarrollo sensomotor

Los bebés y niños pequeños aprenden sobre la vida y la experimentan a través de exploraciones sensoriales y motoras. Tocan, prueban, huelen, observan y se mueven en el mundo que les rodea para buscarle sentido. Desde el nacimiento hasta los tres años, los niños viven directamente a través de sus sentidos. Por lo tanto, el entorno en el que se encuentran los bebés y niños pequeños tiene un impacto enorme. Lally, Stewart, & Greenwald, 2009, pp. 1.[1] Un entorno que respalde el desarrollo sensomotor incluye zonas de exploración física diversa: espacios verticales, espacios pequeños y obstáculos de varias alturas para explorar. Los cuidadores deben ir más allá del uso de mesas sensoriales y permitir que los niños exploren el entorno con todo su cuerpo utilizando sus sentidos. Mientras los bebés y niños pequeños se mueven por el entorno, los cuidadores deben hablarles sobre el uso de sus sentidos en la exploración e invitarlos a descubrir materiales o sustancias utilizando sus sentidos.



Figura 27.12.1: Se puede ayudar al desarrollo sensorial tanto en el entorno exterior como en el interior. ([2])

Desarrollo del lenguaje y la comunicación a través de entornos con muchos elementos para la lectoescritura

Organice el entorno de manera que facilite que los bebés se comuniquen con los adultos, miren libros, escuchen las historias de los libros, jueguen con los dedos, canten y participen en otras actividades. Al utilizar estanterías bajas, separadores y otros muebles, los niños pueden verse entre ellos fácilmente y favorecer la comunicación entre compañeros y docentes.



Figura 27.12.2: Poder acceder fácilmente a los libros favorece un entorno con lectoescritura ([3]



Figura 27.12.3: Colocar asientos bajos junto a los libros de fácil acceso fomenta la lectura ([4])

Las iniciativas para fomentar la comunicación y el desarrollo del lenguaje también promueven la alfabetización emergente en los bebés y los niños pequeños. Es esencial brindar un entorno de aprendizaje que ofrezca libros a los que se pueda acceder fácilmente y que sean apropiados para la edad: crear un entorno en el que los libros estén a disposición significa que los cuidadores de bebés y niños pequeños pueden presentar la interacción con los libros como parte del plan de estudios. Cuando los niños están interesados en mirar libros con sus docentes, es importante que estos aprovechen esas oportunidades.[5]

Desarrollo cognitivo

Al preparar un entorno para que favorezca el desarrollo cognitivo, hay que tener en cuenta los elementos novedosos, las provocaciones, la previsibilidad y la familiaridad. Los bebés disfrutan de buscar sus juguetes favoritos y conocidos. Encontrar objetos cotidianos les da una sensación de previsibilidad y capacidad, la sensación de "¡Conozco esto!" o "Sé dónde encontrar eso". Los bebés también disfrutan con objetos nuevos y cautivadores que despiertan su curiosidad. Disponga una selección primaria de juguetes cada día y guarde los juguetes en lugares consistentes, predecibles y rotulados en entornos de juego interiores y exteriores; esto ayudará a los bebés a saber dónde encontrar juguetes específicos. Alterne con regularidad nuevos objetos en las zonas de juego para fomentar la curiosidad. Para la rotación de los materiales de juego, tenga en cuenta la observación cuidadosa y la documentación de los juegos de los bebés, en lugar de un programa predeterminado. Utilice disposiciones interesantes para atraer y ampliar el aprendizaje de un niño curioso.[5]

Desarrollo socioemocional y de relaciones

Los entornos afectan a todo el mundo en mayor o menor medida. Los espacios pueden ejercer más influencia en los bebés y los niños pequeños que en los niños mayores y las personas adultas, ya que los niños pequeños no pueden cambiar su entorno ni desplazarse a otra zona (Lally, Stewart & Greenwald, 2009).

Los espacios que habita un niño presentan los lugares donde la gente se siente bienvenida, se reúne, descansa y come. Cuando estos lugares son familiares, similares al hogar del niño, el entorno puede ayudar a que sienta seguridad y conexión con el lugar.

Un entorno bien diseñado establece el tono de la intimidad que reforzará la calidad de las relaciones e interacciones.[6]

Tomar decisiones cuidadosas sobre el entorno del niño crea un entorno enriquecedor y de apoyo a las relaciones en los centros de cuidado infantil y en las guarderías familiares. La creación de un entorno que promueva relaciones respetuosas y receptivas es crucial para el crecimiento y el desarrollo de los bebés y los niños pequeños. [7] Los niños pequeños entablan relaciones únicas con los docentes y dependen de estas relaciones para obtener seguridad y apoyo en el entorno de aprendizaje. [8] Al incluir fotos de los niños y sus familias, brindar espacio de almacenamiento personal y exhibir obras de arte de los niños, se comunica a los bebés y a los niños pequeños que el espacio les pertenece. Cuando cuelgue cuadros o añada toques decorativos, colóquelos a la altura de los ojos de los niños para reforzar la idea de que son miembros valiosos del espacio del salón. Considere la posibilidad de pegar fotos en el suelo para que los niños que se mueven puedan verlas mientras se desplazan por el salón. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021).



Figura 27.12.4: Los portarretratos son una excelente manera de destacar a las familias de los niños de forma accesible. ([3])



Figura 27.12.5: Cree documentación en su entorno al nivel de los ojos de acuerdo con su público objetivo. ([3])

Otro aspecto importante de un entorno que apoya las relaciones es un ambiente hogareño. Los niños pequeños pasan muchas horas en el entorno del programa. Por lo tanto, debe convertirse en un hogar lejos del hogar: un lugar de comunidad y unión. Es más probable que los niños sientan que pueden ser ellos mismos y tengan un sentido de pertenencia cuando el entorno de su salón es como su casa. Las guarderías familiares ya ofrecen este ambiente y no parecen centros de cuidado en miniatura. [7]

Hay muchas maneras de añadir toques personales a un salón para crear una sensación hogareña.

- Utilice la luz y el color para crear un efecto agradable, relajante y acogedor. Cree una iluminación natural o suave con ventanas o lámparas. Pasar largos periodos de tiempo en presencia de luces y colores brillantes puede ser abrumador.
- Utilice telas y otros materiales que aíslen el sonido para reducir el ruido no deseado.
- Utilice muebles blandos, como un sofá o un sillón grande.
- Incorpore plantas que no sean tóxicas.
- Decore con almohadas o cojines, alfombras y muebles reutilizados.
- Exhiba fotos familiares de los niños y del personal.
- Utilice marcos económicos para colgar las obras de arte de los niños en las paredes.
- Decore con colores neutros.

Además de lugares para tener privacidad y zonas tranquilas.



Figura 27.12.6: Entornos hogareños para los bebés. [9]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener: es de dominio público.

[2] Imagen de Amanda Taintor en el centro de desarrollo infantil de Clovis College con licencia CC: By-NC.

[3] Imagen de Amanda Taintor en Reedley College Programs for Children Lab School tiene licencia CC: By-NC.

[4] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC: By-NC.

[5] The California Infant/Toddler Curriculum Framework de California Department of Education se utiliza con permiso.

[6] *California Department of Education. (2019). Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

[7] U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. (n.d.). Nurturing Environments. Es de dominio público.

[8] *California Department of Education. (2019). Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

[9] Imagen de INSPIRE BILINGUAL EARLY LEARNING CENTER en Taos NM.

27.12: Apoyo del desarrollo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.13: División y definición del espacio

A la hora de diseñar un salón para bebés o niños pequeños o un programa de guardería familiar, es fundamental crear espacios definidos y que tengan un propósito.

Zonas de aprendizaje

Una zona de aprendizaje dentro de una sala para bebés y niños pequeños crea experiencias de aprendizaje enriquecedoras, y cada zona respalda diferentes dominios del desarrollo. Algunos ejemplos pueden ser una zona para trepar o agarrar para ayudar con el desarrollo de la motricidad gruesa o fina o una sección para explorar ideas específicas (por ejemplo, una zona de bloques para explorar la causa y el efecto, y el equilibrio). Aunque las zonas de aprendizaje pueden respaldar principalmente el desarrollo o los intereses específicos, sabemos que los bebés aprenden de forma holística en todos los ámbitos. Las zonas de aprendizaje deben incluir posibilidades emocionantes y, al mismo tiempo, sirven para múltiples funciones. La exploración sensorial por parte de los bebés y niños pequeños se producirá en todas las zonas de cuidado y aprendizaje y no es necesario que se limite a un área específica con esa etiqueta. Además, una zona de libros acogedora ofrece a los niños pequeños experiencias de alfabetización temprana y proporciona un espacio tranquilo y sosegado para que se relajen por su cuenta o con un cuidador. El entorno de aprendizaje debe ser accesible y adaptarse para los niños con discapacidades y otras necesidades especiales.

Estos son algunos ejemplos de zonas de aprendizaje:

zonas de alcance, agarre y pateo (varios materiales colgantes);
zona para escalar (escaleras, plataformas, elevadores, cubos bajos);

- zona con espejo;
- zona de bloques, edificios y construcciones;
- zona de juguetes blandos;
- zonas lingüísticas y de libros;
- zona de juegos dramáticos (cocina de juguete, materiales para disfrazarse);
- zona de desorden (materiales artísticos y expresivos, mesa de arena y agua);
- zona de sonidos (campanas, instrumentos, música, CD y reproductor);
- zona sensorial (objetos perfumados, materiales naturales).



Figura 27.13.1: Cree zonas artísticas de fácil accceso. ([1])



Figura 27.13.2: Zona sensorial para niños pequeños con diversos objetos. ([2])



Figura 27.13.3: Un espejo en partes sueltas es una forma adicional de crear provocación de partes sueltas. ([3])

Considere minuciosamente la disposición de las zonas de aprendizaje vecinas. Puede ser útil colocar las zonas de aprendizaje más tranquilas una al lado de la otra o cerca del espacio donde se duerme la siesta. Prever a la forma en que los bebés y los niños pequeños pueden querer utilizar los materiales entre las áreas les ofrece libertad para mover los materiales de un área de aprendizaje a otra. Esto también da a los bebés y a los niños pequeños la oportunidad de hacerse cargo de su aprendizaje y hacer que sus ideas cobren vida. Por ejemplo, trasladar un dinosaurio de la zona de bloques a la zona de juego dramático para “lavarlo” en el fregadero de juegos ofrece a los niños pequeños una forma de expresar su incipiente imaginación.



Figura 27.13.41: Utilice mesas con luz con diversos objetos para un futuro interés sensorial. ([1])

En el caso de las salas en las que solo hay bebés pequeños, es posible que no sea conveniente establecer zonas de aprendizaje específicas, ya que toda la sala constituye la zona de aprendizaje para los bebés. Sin embargo, quienes los cuidan deben ofrecer

diversas experiencias y materiales a los bebés y niños pequeños y rotar los materiales o reorganizar los espacios a medida que cambian las necesidades del desarrollo de los niños. Incluir demasiados materiales a la vez puede estimular demasiado a los niños.



Figura 27.13.5: Entorno para bebés. ([5])

Aunque los cuidadores creen zonas de aprendizaje, a los bebés y a los niños pequeños les encanta explorar y deben tener libertad para llevar los juguetes y materiales de una zona de la sala a otra. En lugar de limitar el movimiento entre espacios, reconozca el valor de estos comportamientos y encuentre formas de apoyar esta exploración natural de los materiales y el espacio. Explorar y trasladar materiales es un tema excelente para crear documentación para el análisis y la reflexión a la hora de crear un plan de estudios. ¿Qué tendencias se observan con respecto al movimiento de materiales de una zona a otra? ¿Qué hacen los bebés y los niños pequeños con los materiales que trasladan? [6]

Zonas de exposición

El arte de los niños puede exponerse de forma que comunique “Este es el lugar de un niño” y “Tú perteneces y lo que creas se valora”. La exposición de las obras de arte de los niños debe ser agradable a nivel estético y debe estar a la altura de sus ojos, sin que el entorno resulte demasiado estimulante o visualmente desordenado. Cuando los paneles de documentación se exponen a la altura de los ojos de los bebés y los niños pequeños, les dan la oportunidad de repasar lo que aprendieron en un formato que es fácil de observar y brinda indicaciones visuales para que los cuidadores entablen conversaciones y repasen la experiencia. La visualización de la documentación provoca la curiosidad y la confianza, ya que los bebés y los niños pequeños reexaminan su trabajo y contemplan sus logros (Malaguzzi,1998).



Figura 27.13.6: Muchos muebles para bebés y niños pequeños facilitan la incorporación de documentación a la altura de los ojos. ([7])

Entrada y zona de comunicación con la familia

Diseñe un entorno en el que se perciba interés y respeto por todas las familias del programa. Es esencial hablar con las familias todos los días cuando dejan y recogen a los niños a fin de intercambiar información sobre sus experiencias en casa y en el

programa. Apoye la comunicación abierta al disponer de un espacio en el entorno para cada niño, como un casillero, una papelera o un portapapeles. En el área de los padres (o en un lugar de fácil acceso), proporcione notas diarias a las familias con las que describa cómo se desenvolvieron las comidas, las siestas, el cambio de pañales/el aseo y los juegos de sus hijos a lo largo del día. También puede incluirse un espacio para que los padres dejen notas (si no hay oportunidad de compartir información en persona).

Cree un espacio en donde publicar información importante para las familias, como un calendario de clases, consejos para padres o fotos de niños explorando en el programa. En los centros de cuidado, un tablero de anuncios en algún lugar de la sala o en el pasillo fuera de la sala es un buen lugar para colocar esta información.

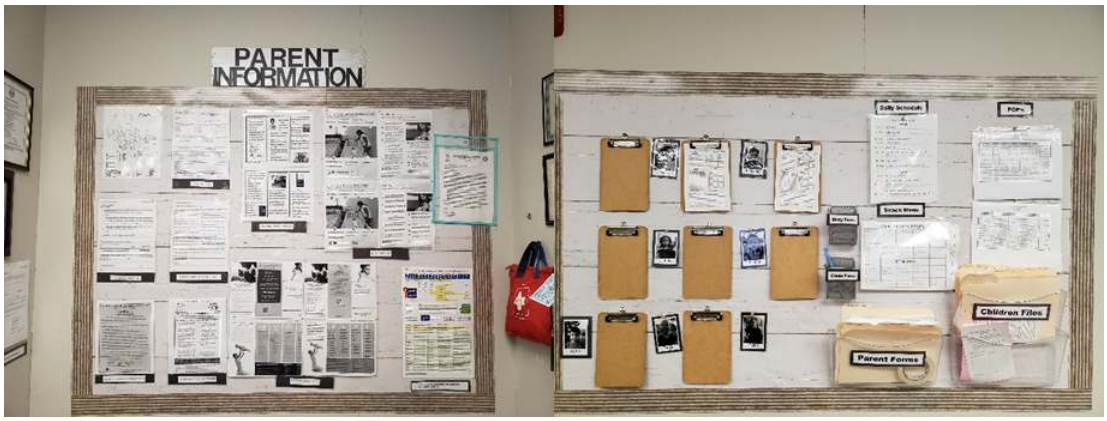


Figura 27.13.7: Diversas formas de comunicación con las familias. [7]

Las guarderías familiares pueden utilizar la puerta de una nevera o colocar una pizarra cerca de la entrada.

Ya sea que se trate de una guardería familiar o de cuidados en centros, coloque las áreas de comunicación lejos del flujo del tráfico, donde las familias puedan verlas fácilmente y hablar con el personal y otras familias sin interrumpir o interferir con la exploración de otros bebés y niños pequeños en la sala.[8]

Dormir y dormir la siesta

Los espacios para dormir la siesta deben sentirse seguros, protegidos y tranquilos, como el dormitorio de una casa. Separe los lugares para la siesta de las zonas donde se realizan actividades motoras de gran tamaño, preferiblemente en espacios con tráfico limitado. Tener diferentes zonas para dormir, al alcance de la vista de los cuidadores, para los bebés pequeños los ayuda a mantener sus horarios sin dejar de que los supervisen.



Figura 27.13.8: Una zona para dormir la siesta separada con una línea de visión clara. ([7])

Las zonas en interiores deben estar bien ventiladas. Utilice un interruptor regulador para bajar la intensidad de las luces o apagarlas si es posible. En las habitaciones que no se puede tener distinta iluminación, busque formas seguras de cubrir o atenuar las luces sobre las zonas de descanso.

Para crear un ambiente más hogareño y tranquilo, incluya algunas plantas y móviles colgantes sin sonido en la zona para que los niños los vean. En algunos casos, una radio o una máquina de sonido puede tapar el tráfico, la construcción u otros ruidos importantes que interfieren con el sueño.

Si utiliza un espacio en el exterior para la siesta, elija una zona con buena sombra.

Disponga de colchonetas, cunas o catres que resulten acogedores y cómodos, y que tengan el tamaño adecuado para los niños. Un colchón firme y ajustado en una cuna robusta, en la que se retiren todas las almohadas, las mantas suaves, las pieles de oveja, los peluches y otros productos blandos, reduce los factores de riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) en los bebés menores de ocho meses. Cada bebé y niño pequeño debe tener un lugar para dormir. Rotule las cunas o busque una zona consistente para que el niño duerma la siesta. Permitir que los niños pequeños duerman en el mismo lugar todos los días ayuda a mantener la rutina y a tener claras las expectativas de la misma. Los niños pequeños sabrán dónde ir y cuándo es hora de dormir la siesta. Las cunas portátiles ahorran espacio pero no son muy resistentes. Los catres hechos para apilar y guardar o las colchonetas funcionan bien para los niños pequeños.



Figura 27.13.9: Rotule las cunas por motivos de salud y seguridad. ([7])

Cuando se cubren con una manta, los catres son cómodos. Si la zona para dormir forma parte de una habitación grande, sepárela de las zonas de actividad con un divisor de al menos 4 pies (1,2 metros) de altura. Cuando los códigos contra incendios lo permitan, las pancartas de tela colgadas del techo pueden funcionar como paredes blandas. Es mejor hacerlo en una esquina porque hay dos paredes existentes con las que trabajar. Utilice muchos tejidos (cojines, almohadas, mantas, edredones) para absorber el sonido. Cuelgue adornos en las paredes, pero mantenga los colores y los dibujos neutros y discretos. El almacenamiento de la ropa de cama debe ser accesible, pero debe estar fuera del alcance de los niños. El mejor lugar almacenamiento tiene compartimentos, cada uno de ellos rotulado con el nombre del niño y lo suficientemente grande para la manta, el juguete favorito y la sábana del niño. *Lally, Steward, and Greenwald*,



Figura 27.13.10: Segundo juego de sábanas rotulado con el nombre del niño bajo la cuna compartida. ([7])

Zonas de cambio de pañales y aseo

La zona de cambio de pañales y aseo debe contar con cambiadores, lavabos y espacio para almacenar material. Ir al baño es algo que los niños aprenden a hacer por su cuenta cuando es apropiado para su desarrollo. La disposición del cambio de pañales y del aseo hará que ese aprendizaje sea fácil o difícil. Guarde todos los pañales y el material necesario cerca. Incluya un cesto de basura que se accione con el pie y sea sensible al movimiento junto a la zona de cambio de pañales y que esté forrada con una bolsa de plástico para facilitar su eliminación. La superficie para cambiar pañales debe tener una altura de unas 36 pulgadas (91 centímetros). Haga que las superficies sean fáciles de lavar para ayudar a mantenerlas desinfectadas. Los artículos para la limpieza y desinfección deben ser fáciles de obtener, pero deben estar fuera del alcance de los niños.

Cuando utilice papel para cambiadores, mantenga el rollo al final de la superficie para que la pieza vieja se pueda tirar fácilmente. Limpie y desinfecte la superficie, y luego extienda una nueva pieza. Toda la instalación para cambiar pañales debe estar cerca de un lavabo para favorecer el lavado de manos y también debe estar separada de la zona de preparación de alimentos. Los cambiadores deben tener un reborde de 3 pulgadas (8 centímetros) para evitar que el bebé ruede fuera de la mesa.



Figura 27.13.11: Zona de cambio de pañales con lavabo independiente, zona de almacenaje arriba para el material de cambio de cada niño. ([7])

Si los niños pequeños utilizan los baños con inodoros, es preferible que utilicen inodoros de tamaño infantil. Aunque se prefieren los inodoros con cisterna, las “zonas de orinales” también funcionan si están en un lugar bien ventilado, cerca de un baño con agua corriente y lejos de la zona de comida. Se debe poder acceder fácilmente a los lugares de aseo para supervisar a los niños pequeños. Proporcione más de un orinal, ya que dos o tres niños pequeños pueden sentarse en los orinales al mismo tiempo; los niños pueden interactuar y aprender unos de otros. No limpie los orinales en el mismo lavabo donde se lavan las manos. Vacíe los orinales usados en un inodoro y lávelos en un fregadero industrial. Mantenga cerca del orinal papel higiénico, toallas de papel, jabón líquido, instalaciones para lavarse las manos y materiales para desinfección.

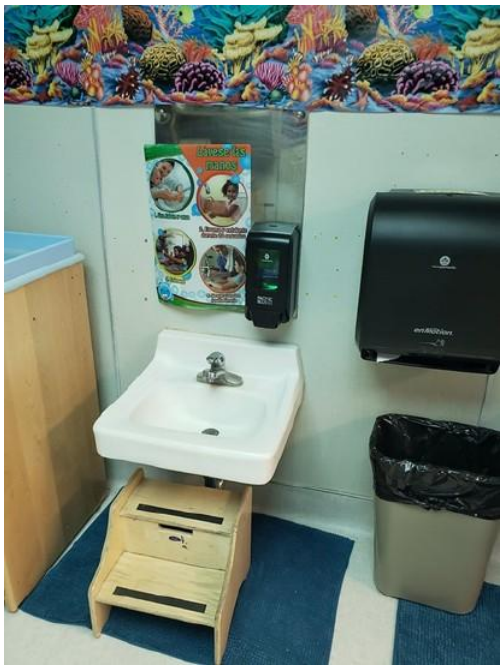


Figura 27.13.12: Los escalones brindan acceso para diferentes necesidades de desarrollo. ([7])

Cuando los niños pequeños utilizan el baño, deben estar acompañados por un docente. El baño debe estar fuera de los límites o cerrado con llave cuando no se utilice para evitar que los niños pequeños jueguen allí. Los baños con medias paredes proporcionan una sensación de privacidad, al tiempo que permiten a los docentes supervisar visualmente tanto el interior como el exterior de la zona del baño. Las medias paredes también proporcionan una conexión visual para otros niños cuando su docente de atención primaria atiende a otro niño. No se suele prestar atención a la zona de aseo cuando se crea el entorno. Con pequeños detalles, se puede lograr que esta zona sea acogedora y agradable. Cree una zona de aseo atractiva y alegre para los niños pequeños; es posible que pase mucho tiempo en este espacio si están aprendiendo a ir al baño. Ponga cuadros en la pared e incorpore color para alegrar la zona (Lally, Stewart and Greenwald 2009).

Hora de la comida

Las zonas para comer de los niños que pueden comer solos fomentan el desarrollo de la motricidad fina. A la hora de planificar estas áreas, utilice medidas preventivas para garantizar experiencias seguras y saludables para los bebés y los niños pequeños.

Diseñe una zona para comer que incluya muebles de tamaño adecuado para bebés y niños pequeños, así como asientos cómodos para los cuidadores y las madres lactantes. Cuando deba organizar esta zona, tenga en cuenta qué resulta cómodo al sostener al niño, darle el biberón y sentarse a su lado en la mesa mientras se alimenta.[8]



Figura 27.13.13: Comida al estilo familiar. ([4]

En las zonas para comer es necesario que haya un almacenamiento accesible y superficies fáciles de limpiar. Los niños necesitan lugares bajos y cómodos donde comer. Disponga un lugar donde los cuidadores se sienten con los niños mientras comen. Las mesas bajas para un máximo de cuatro niños funcionan bien y pueden utilizarse para actividades de artesanía en otros momentos. Considere la posibilidad de utilizar mesas apilables o desplegables desde la pared: pueden utilizarse a la hora de comer y luego se guardan para ampliar el espacio de juego.

El cuidador debe alimentar a los bebés pequeños de a uno por vez en los brazos en una silla cómoda de tamaño adulto con los artículos necesarios cerca en una mesa o estante.



Figura 27.13.14: Dar de comer en el regazo puede ser más cómodo para los bebés pequeños. ([9])

Existen varias opciones para alimentar a los bebés más grandes. Lo ideal es que las comidas y los refrigerios se sirvan en una mesa de tamaño infantil con sillas y taburetes pequeños. Cuando un bebé empieza a subirse a los taburetes y a sentarse en ellos, es una señal de que está preparado para utilizar mesas bajas a las que pueda subirse y de las que pueda bajarse de forma independiente. Deje un taburete en la zona de juegos para que los bebés puedan practicar cómo subirse y bajarse.

Para los bebés ambulantes, utilice mesas y sillas de tamaño infantil. Una mesa para bebés de entre doce y dieciocho meses debe tener una altura de entre 12 y 14 pulgadas (30 y 35 centímetros). Los niños pequeños necesitan una mesa de entre 16 y 18 pulgadas (41 y 46 centímetros) de alto para sentarse y comer cómodamente, así como para estar de pie mientras juegan. Cuando los niños están sentados, los pies deben tocar el suelo. Si los pies no pueden tocar el suelo, los niños no se sentirán firmes mientras están sentados y tendrán problemas para usar las manos y los brazos con facilidad. Las mesas deben estar por debajo de la altura del pecho.

Los niños disfrutarán de sentarse en grupos de dos a cuatro en mesas pequeñas. Sirva la comida al estilo familiar, a menos que los niños traigan sus almuerzos. Cuando los niños y los adultos comen juntos, pasan un rato social, lo que ayuda a reforzar y mantener las relaciones.



Figura 27.13.15: A los niños pequeños les gusta mostrar su creciente independencia y habilidades al alimentarse de forma independiente. ([1]

Las mesas de madera natural selladas con un barniz de alto brillo son fáciles de limpiar. Las sillas robustas o los taburetes sin respaldo son las mejores opciones para que los bebés puedan moverse con facilidad y autonomía durante la comida. Los taburetes sin respaldo funcionan bien para los bebés y los niños pequeños que pueden acercarse al taburete desde atrás y sentarse a horcajadas en una posición cómoda con las piernas abiertas. Las sillas cuadradas sin patas ocupan mucho espacio, pero también se pueden

utilizar para otros propósitos cuando se les da la vuelta. Las sillas o taburetes apilables también permiten un entorno más flexible (Lally, Stewart and Greenwald 2009).

Espacios privados

Estar constantemente con otras personas durante muchas horas al día puede ser agotador a nivel emocional para cualquiera, pero lo es sobre todo para los bebés y los niños pequeños, que todavía están desarrollando la capacidad de regular sus emociones y calmarse. Al igual que los adultos y los niños mayores, los bebés y los niños pequeños a veces necesitan tiempo y espacio para separarse del grupo. Esta necesidad de privacidad puede satisfacerse ofreciendo espacios limitados a uno o dos niños. Un rincón acogedor con almohadas, peluches o libros, o una zona de juegos tranquila pueden ayudar a los niños a calmarse. Cree estos

espacios privados sin dejar de cerciorarse de que tengan una buena visibilidad y de garantizar la seguridad de los niños. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021).



Figura 27.13.16: Pequeño espacio privado. ([5])

Almacenamiento y estanterías

Los espacios de aprendizaje para bebés y niños pequeños necesitan mucho material. Los juguetes, los libros y otros recursos se rotan con regularidad dentro y fuera del uso activo. Es esencial planificar al menos cuatro tipos de almacenamiento en un espacio de aprendizaje para bebés y niños pequeños: almacenamiento abierto, al que los bebés y los niños pequeños pueden acceder fácilmente; almacenamiento cerrado para los materiales de las personas a cargo del cuidado; almacenamiento personal para las pertenencias: y almacenamiento de exposición para el arte y el trabajo de los niños (Dodge et al., 2010).

- Almacenamiento abierto: en el caso de los materiales que se encuentran en uso activo, los cuidadores deben rotularlos cuidadosamente y guardarlos en estantes abiertos y de fácil acceso. El almacenamiento abierto ayudará a los niños a desarrollar independencia y los niños pequeños pueden evitar la frustración cuando encuentran fácilmente lo que quieren y necesitan.
- Almacenamiento cerrado: las herramientas como el material de oficina para las personas adultas, los utensilios de cocina o los líquidos de limpieza deben guardarse de forma segura cuando no se utilicen. Designe y rotule cuidadosamente los lugares seguros para estos artículos; esto ayuda a los cuidadores a mantener el inventario y a garantizar la seguridad de los niños.
- Almacenamiento personal: los bebés y los niños pequeños también necesitan espacios individuales para sus cosas personales, como bolsas de pañales, ropa, suministros y creaciones. El espacio para los objetos favoritos (por ejemplo, un peluche o una manta favorita) puede ayudar a los bebés y a los niños pequeños a sentirse seguros. Cuando los niños pequeños pueden acceder con facilidad a los espacios, pueden buscar objetos personales cuando los necesiten. Aunque los niños pequeños no puedan acceder a un espacio personal de forma independiente, los espacios individuales personalizan el entorno de aprendizaje y ayudan a los padres a sentirse seguros de que se trata y atiende a sus hijos como personas con cualidades y necesidades únicas.
- Exposición para niños: guardar y exponer las obras de arte y las carteras de trabajo transmite a los niños un poderoso mensaje sobre el valor de su trabajo.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Infant Environment de Above & Beyond Child Care and Education Center,MI se utiliza con permiso.

[2] La imagen de Linh Le Reggio se utiliza con permiso.

[3] La imagen de Sarah Jensen se utiliza con permiso.

[4] Imagen de Amanda Taintor en el centro de desarrollo infantil de Clovis College con licencia CC: By-NC.

[5] Infant Environment de Above & Beyond Child Care and Education Center,MI se utiliza con permiso.

[6] U.S Department of Health and Human Services: Administration for Children and Families. *Responsive Learning Environments*. ECLKC. Es de dominio público.

[7] Imagen de Amanda Taintor en Reedley College Programs for Children Lab School tiene licencia CC: By-NC.

[8] U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. ECLKC Nurturing Environments. es de dominio público.

[9] Imagen de Rachel Klippenstein-Gutierrez con licencia CC BY-NC.

[10] California Department of Education. 2011. California Preschool Curriculum Framework, Volume 2. Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

[11] Imagen de Nina Kuchkovskiy con licencia CC: BY-NC.

[12] *California Department of Education. (2019). Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

27.13: División y definición del espacio is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.14: Apoyo para los niños con necesidades especiales

Apoyo para los niños con necesidades especiales

Todos los niños deben poder acceder al material didáctico, incluidos los que tienen discapacidades físicas o sensoriales. Cuando los niños pequeños reciben apoyo en el movimiento y la exploración sensorial, aprenden sobre sí mismos y sobre el entorno. Las personas responsables del programa deben acudir a los miembros de la familia y a los proveedores de servicios especializados para recibir orientación sobre las formas adecuadas de realizar adaptaciones del entorno que respalden la participación plena de todos los niños. Es posible que los cuidadores deban tener en cuenta el espacio físico o los caminos dentro de las zonas de aprendizaje para cerciorarse de que los bebés o niños pequeños con discapacidades físicas puedan moverse y participar fácilmente, y que puedan moverlos cómodamente por los espacios y acompañarlos. Todos los niños, pero sobre todo los que tienen necesidades sociales o de comportamiento o discapacidades específicas del desarrollo, pueden beneficiarse de que haya una zona designada en la que puedan acceder fácilmente a materiales que les ayuden a tranquilizarse y en la que puedan pasar algunos minutos a solas. (The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth, 2021).

Todos los niños de un programa se benefician de las oportunidades de jugar junto a compañeros que tienen diversas capacidades; aprenden los valores esenciales de inclusión, empatía, respeto y aceptación.[1]

Los miembros de la familia también pueden tener discapacidades u otros retrasos: las personas adultas deberán ajustarse y adaptarse según sea necesario.



Figura 27.14.1: Una niña pequeña y una niña en preescolar con implantes cocleares. ([1])

A fin de respaldar el acceso al entorno de los bebés y los niños pequeños:

Planifique entornos, interacciones y experiencias apropiadas para el desarrollo de todos los niños. Organice oportunidades alternativas de movimiento para los niños con problemas físicos.

Comuníquese con los miembros de la familia y con los proveedores de servicios especializados que intervienen con la familia sobre el uso adecuado de equipos de adaptación u oportunidades de movimiento alternativo para un niño con una discapacidad u otro

retraso.

Evite el uso de equipos restrictivos que limiten la libertad de movimiento de los niños y los aíslen de sus pares. Represente la diversidad de capacidades tanto si hay niños con retrasos identificados inscritos en el programa como si no los hay.[1]

Referencias y Fuente de Figuras

[1] California Department of Education. 2011. California Preschool Curriculum Framework, Volume 2. Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

[2] Imagen de Nina Kuchkovskiy con licencia CC: BY-NC.

[3] *California Department of Education. (2019). Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

27.14: Apoyo para los niños con necesidades especiales is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.15: Conclusión

Conclusión sobre el entorno interior

El diseño intencionado del entorno de aprendizaje por parte del docente aumenta las oportunidades de que los niños tengan interacciones interesantes y significativas con los adultos y los compañeros. Junto con las interacciones, las experiencias de aprendizaje y las rutinas, el entorno de aprendizaje es fundamental para la planificación y la implementación del plan de estudios por parte de los cuidadores de bebés y niños pequeños.[1]

27.15: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

27.16: Referencias

Bergen, D., Reid, R., & Torelli, L. (2009). *Educating and caring for very young children: The infant/toddler curriculum* (2nd ed.). New York, NY: Teachers College Press.

California Department of Ed. (2016). Teacher-to-Child Ratios in Child Care Centers. Community Care Licensing Division of the California Department of Social Services. Retrieved January 31, 2022, from https://ccld.childcarevideos.org/chi...-care- centers/.

California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Curriculum Framework.* Sacramento: California Department of Education. Retrieved from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/documents/itguidelines2019.pdf

California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education. Se utiliza con permiso.

California Department of Education. 2011. California Preschool Curriculum Framework, Volume 2. Sacramento: California Department of Education.

California Department of Education. (2009). California Infant/Toddler Learning & Development Foundations: Social- Emotional Development. Sacramento: California Deaprtment of Education (CDE Press).

Cryer, D., Tietze, W., & Wessels, H. (2002). Parents' perceptions of their children's child care: A cross-national comparison. *Early Childhood Research Quarterly, 17*, 259–277.

Chapter 2: Toddler Development by Dr. Susan Eliason is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, except where otherwise noted.

Dodge, D., Rudick, S., & Berke, K. (2006). *The Creative Curriculum for Infants, Toddlers and Twos*, (2nd ed.). Washington DC: Teaching Strategies, Inc.

Gonzalez-Mena, J., & Eyer, D. W. (2012). *Infants, toddlers, and caregivers: A curriculum of respectful, responsive, relationship-based care and education* (9th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.

Howes, C., M. Burchinal, R. Pianta, D. Bryant, D. M. Early, R. M. Clifford, and O. Barbarin. 2008. "Ready to Learn? Children's Pre-Academic Achievement in Pre-Kindergarten Programs." Early Childhood Research Quarterly 23 (1): 27–50. *Infant /Toddler Caregiving A guide to setting up Environments 2nd edition. J. Ronald Lally, Jay Steward, and Deborah Greenwald. Developed collaboratively by the California Department of Education and WestEd.*

Lally, J. R., Stewart, J., & Greenwald, D. (2009). *A guide to setting up environments* (2nd ed.). Sacramento, CA: California Department of Education and WestEd.

Lamb, M.E., & Ahnert, L. (2006). Nonparental childcare: Context, concepts, correlates and consequences. In W. Damon &

R.M. Lerner (Eds.) & K.A. Renninger & I.E. Siegel (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology*, Vol. 4, *Child psychology in practice* (6th ed., pp. 950-1-16). Hoboken, NJ: Wiley.

Mashburn, A. J., R. C. Pianta, B. K. Hamre, J. T. Downer, O. A. Barbarin, D. Bryant, M. Burchinal, D. M. Early, and C. Howes. 2008. "Measures of Classroom Quality in Pre-Kindergarten and Children's Development of Academic, Language, and Social Skills." Child Development 79 (3): 732–49.

Office of Head Start and Office of the Administration for Children and Families. (n.d.). Health and Safety Screener:. Retrieved from Head Start: Early Childhood Learning and Knowledge Center: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/chs-certification-fillableform.pdf

The Ohio State University for the US Department of Defense's Office of Family Policy/Children and Youth. (2021). Infants & Toddlers Learning Environments. Retrieved 2021, from Department of Defense Child Development Virtual Laboratory School: https://www.virtuallabschool.org/taxonomy/term/11671

Program for Infant Toddler Care. (n.d.). *Small Groups in Center-Based Programs*. Retrieved January 31, 2022, from https://www.pitc.org/about/see-it-pr...based-programs.

Sylva, K., E. Melhuish, P. Sammons, and I. Siraj-Blatchford, eds. 2010. Early Childhood Matters: Evidence from the Effective Pre-school and Primary Education Project. Oxford: Routledge.

Sylva K, Siraj-Blatchford I and Taggart B (2010) ECERS-E: The Early Childhood Environment Rating Scale Curricular Extension to ECERS-R. New York: Teachers College Press

U.S. Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. (n.d.). Nurturing Environments. (C. C. Network, Producer) Retrieved from Infant/Toddler Resource Guide: https://childcareta.acf.hhs.gov/infa...topic-overview

U.S Department of Health & Human Services: Administration for Children and Families. (2020, January 28). *Safety of equipment, materials, and furnishings*. ECLKC. Retrieved February 5, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/health...ls- furnishings

U.S Department of Health and Human Services: Administration for Children & Families. (2019, February 8). *Routine cleaning, sanitizing, and disinfecting*. ECLKC. Retrieved February 5, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/health-services-management/caring-our-children-basics/routine-cleaning-sanitizing-disinfecting

U.S Department of Health and Human Services. (2021, December 9). *Responsive Learning Environments*. ECLKC. Retrieved February 5, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/public...g-environments

Vermeer, H.J., van IJzendoorn, M.H., Cárcamo, R.A. *et al.* Quality of Child Care Using the Environment Rating Scales: A Meta-Analysis of International Studies. *IJEC* **48,** 33–60 (2016). https://doi.org/10.1007/s13158-015-0154-9. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

WestEd. (n.d.). Family childcare and center based PITC PARS© user's guide. Unpublished user's guide.

27.16: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

28: Entorno exterior

28.1: Introducción
28.2: Beneficios del juego y de la exploración al aire libre
28.3: Consideraciones para crear espacios de juego al aire libre seguros y estimulantes
28.4: Cuando la disponibilidad de espacio de juego al aire libre es un problema
28.5: Estrategias para maximizar las oportunidades de aprendizaje al aire libre para bebés y niños pequeños
28.6: Creación de una cultura de programa que promueva el juego y la exploración al aire libre
28.7: Conclusión
28.8: Referencias

28: Entorno exterior is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.1: Introducción

Introducción al entorno exterior

En las investigaciones se demuestra que los niños de hoy pasan menos tiempo al aire libre participando en juegos activos y explorando el mundo natural (Clements, “Status of Outdoor Play”, 68; Ginsberg, “*No Child Left Inside*”, 3-5; Hastie and Howard, “Prescription for Healthy Kids”; The Henry J. Kaiser Family Foundation,“*New Study”*; Thigpen, “Outdoor Play: Combating Sedentary Lifestyles,” 19–20). Los investigadores han identificado varias razones para este descenso, entre ellas:

- Los temores de los adultos sobre los delitos y la seguridad
- Mayor uso de la televisión, los juegos de computadora, los DVD, los teléfonos inteligentes y las tabletas con medios digitales
- Más tiempo dedicado a las actividades estructuradas en interiores
- Organización para el cuidado de los niños con poco tiempo libre
- Pérdida de hábitats naturales

Cada vez más educadores, profesionales de la salud y de la salud mental, y otros defensores de los niños coinciden en que esta tendencia afecta de forma negativa a la salud y al desarrollo de los niños pequeños. A Richard Louv, experto en defensa de la infancia, le preocupa que los niños se desconecten del mundo natural, una condición que él denomina “trastorno por déficit de naturaleza” (Louv, 2008). Según sus investigaciones, el trastorno por déficit de naturaleza contribuye a un aumento de la obesidad, la depresión y los trastornos de atención. A medida que los niños pequeños “pasan cada vez menos tiempo en un entorno natural, sus sentidos se estrechan de manera fisiológica y psicológica” (Louv, Introducción).

Independientemente de que los niños vivan en comunidades urbanas, suburbanas o rurales, el mundo exterior ofrece nuevas oportunidades para observar, descubrir y aprender. En un entorno exterior, la capacidad cognitiva de los niños para apreciar la belleza, expresarse de forma creativa y percibir los patrones sensoriales y la variedad se amplía hasta alcanzar nuevos niveles (Torquati & Barber, 2005).[1]

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Supporting outdoor play and exploration for infants and toddlers.* ECLKC. Es de dominio público.

28.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.2: Beneficios del juego y de la exploración al aire libre

¿Por qué afuera?

En una investigación sobre la educación en la primera infancia, se ha establecido la importancia del aprendizaje por medio de experiencias directas (Torquati, J., & Barber, J., 2005). Teóricos, como Montessori y Waldorf ofrecen prácticas educativas directas en sus centros (Hutchison, D. 1998). La filosofía de las escuelas de Reggio Italy y Howard Gardner también entendieron y expusieron la naturaleza complementaria de la ciencia y la experiencia estética de los niños pequeños (Edwards, C., L. Gandini, & G. Forman. 1998., Gardner, H., 1999).

El juego y la exploración al aire libre benefician a los niños de muchas maneras. Los investigadores han identificado algunos resultados positivos generales (Moore Marcus; 2008 White, 2004), entre ellos:

- Mayor creatividad e imaginación
- Desarrollo del sentido del asombro, que es un motivador esencial para el aprendizaje permanente
- Aumento de las interacciones sociales entre los niños
- Mayores oportunidades para tomar decisiones, resolver problemas y colaborar con los compañeros, lo que también fomenta las habilidades lingüísticas y comunicativas
- Mejora de la conciencia, del razonamiento y de la capacidad de observación
- Efectos positivos en la capacidad de concentración y atención de los niños [1]

Beneficios para la salud de pasar tiempo al aire libre

Hay pruebas fehacientes de que los niños pequeños experimentan importantes beneficios para su salud al pasar tiempo al aire libre. Por ejemplo:

- Los niños pequeños son más propensos a participar en el tipo de juego físico enérgico que fortalece los corazones, los pulmones y los músculos porque tienden a jugar más fuerte y durante períodos más prolongados al aire libre (Thigpen, 2007).
- Pasar tiempo al aire libre con regularidad aumenta las oportunidades de que los bebés y los niños pequeños gateen, caminen, trepen y corran libremente. Además de mejorar la motricidad gruesa, la actividad física enérgica mejora el nivel de condición física general de los niños.
- Pasar tiempo al aire libre fortalece el sistema inmunitario de los niños pequeños. Se ausentan con menos frecuencia de las guarderías por enfermedad cuando tienen oportunidades diarias de jugar al aire libre (Sennerstam, 2007)
- Al pasar tiempo al aire libre recibimos vitamina D (Einstein College of Medicine, 2009). Cada vez es más preocupante el hecho de que los bebés, los niños pequeños y los niños mayores tengan una deficiencia de vitamina D. Esta vitamina es necesaria para la absorción del calcio y para el fortalecimiento de los dientes y los huesos.
- Pasar tiempo al aire libre afecta de forma positiva a los patrones de sueño de los niños pequeños. La luz solar natural ayuda a regular y a equilibrar los ciclos de sueño y vigilia (Dewar, 2008).
- Los niños que juegan al aire libre tienen menos probabilidades de tener miopía. La exposición directa a la luz natural y brillante del exterior puede estimular los ojos en desarrollo de manera importante, como “mantener la distancia correcta entre el cristalino y la retina, lo que mantiene la visión enfocada” (Aamodt and Chang, 2011).
- El tiempo que se pasa al aire libre brinda a los niños protección contra los factores de estrés de la vida y los ayuda a desarrollar una sensación general de paz y bienestar (White, 2004).
- Existen pruebas de que jugar en la tierra expone a los niños a un tipo específico de bacterias que pueden reducir la ansiedad y mejorar la capacidad de aprender nuevas tareas (American Society of Microbiology, 2009). “The Outdoor Curriculum”.

Pasar tiempo al aire libre todos los días es una parte valiosa y vital del plan de estudios para los bebés y niños pequeños. Desde el principio, los niños pequeños satisfacen su curiosidad explorando con sus sentidos. Estar al aire libre “presenta un nuevo mundo de vistas, sonidos, olores y experiencias táctiles” (Thigpen, 2007).[1]

Beneficios sociales y emocionales del entorno exterior

Los bebés y los niños pequeños aprenden a jugar juntos cuando se turnan para usar cubos y palas, comparten un paseo en un carrito y se persiguen unos a otros. Por medio de experiencias directas y prácticas, los niños pequeños aprenden a ser amables con los seres vivos y con los demás. “Cuando comparten experiencias con la naturaleza, pueden formarse vínculos profundos entre los niños o entre los niños y los adultos. Cuando los niños tienen oportunidades diarias de cuidar de las plantas, los árboles, los

animales y los insectos, practican comportamientos de cuidado que los ayudan a interactuar de forma amable y delicada también con las personas" 2 (Rosenow, 2011; 4).

Beneficios de la motricidad gruesa y de la motricidad fina en el entorno exterior

Como los espacios de juego al aire libre suelen ser más variados y menos estructurados que los espacios interiores (Burdett and Whitaker, 2005), los bebés y los niños pequeños tienen más libertad de movimiento para desarrollar sus habilidades motoras gruesas de formas novedosas. Entre ellas se encuentran gatear o rodar por colinas cubiertas de hierba, pararse y mantener el equilibrio sobre superficies con baches o desniveladas, y saltar por encima de los charcos y las grietas de las banquetas. Los músculos pequeños que participan en la motricidad fina se desarrollan cuando los niños utilizan la prensión de pinza para levantar y llenar recipientes con objetos y materiales naturales o para sostener pinceles mientras pintan paredes con agua (Trister et al., 2015; Post et al., 2011). Los niños desarrollan habilidades perceptivas a medida que mueven sus cuerpos por el espacio de diferentes maneras y a distintas velocidades, y mientras observan el mundo desde varias perspectivas (p. ej., recostados sobre una manta, de pie en la cima de una colina o balanceándose de un lado a otro en un columpio) (Post et al., *Tender Care and Early Learning*, 253). [1]

Beneficios cognitivos del entorno exterior

El contacto con el exterior ayuda a los bebés y a los niños pequeños a aprender conceptos, como la causa y el efecto, y la resolución de problemas. A medida que practican cómo vestirse y desvestirse, los bebés y los niños pequeños aprenden qué ropa deben ponerse según el tiempo que haga (Trister Dodge et al., *The Creative Curriculum*, 180). Entienden que el sol seca los charcos y derrite la nieve, y que el viento hace que las cosas se muevan. Los bebés y los niños pequeños aprenden importantes conceptos científicos mientras exploran y descubren las propiedades de los objetos y de los materiales naturales. Los temas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (Science, Teshnology, Engineering and Mathematics, STEM) se refuerzan a medida que los niños observan cómo las cosas son iguales y diferentes, experimentan con el uso de herramientas (p. ej., palas y palos) y predicen si verán gusanos después de la lluvia y dónde.

Beneficios lingüísticos y de alfabetización del entorno exterior

Cuando los adultos hablan o hacen señas con los bebés y niños pequeños sobre el entorno exterior, estos aprenden nuevas palabras; cuando empiezan a hablar, utilizan esas palabras para identificar las cosas interesantes que ven y para hacer preguntas. Notar y distinguir los sonidos es una habilidad fundamental para el desarrollo posterior de la alfabetización. En el entorno exterior, los bebés perciben diferentes sonidos y aprenden a identificarlos y a diferenciarlos. Los libros adquieren un papel más amplio cuando los adultos ayudan a los niños a relacionar las ideas de los libros con las experiencias de la vida real, como por ejemplo, comparar los animales de ficción con los animales vivos al aire libre (Trister Dodge et al., *The Creative Curriculum*, 180). Añadir libros y otros recursos al entorno interior ayuda a generar curiosidad y a conectar los entornos interiores y exteriores (Torquati, J., & Barber, J. 2005).

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Supporting outdoor play and exploration for infants and toddlers.* ECLKC. Es de dominio público.

28.2: Beneficios del juego y de la exploración al aire libre is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.3: Consideraciones para crear espacios de juego al aire libre seguros y estimulantes

Seguro pero estimulante

Es importante saber en qué consiste un buen espacio de juego al aire libre para bebés y niños pequeños. Los espacios de juego al aire libre deben considerarse una extensión del entorno interior. Espacios de juego al aire libre adecuados:

- proporcionar lugares seguros y estimulantes para jugar y explorar;
- adaptar las diferentes necesidades, habilidades e intereses de los bebés pequeños, los bebés móviles y los niños pequeños, incluidos aquellos con sospecha de retrasos y discapacidades identificadas;
- promover las interacciones afectivas entre adultos y niños;
- adaptar las necesidades de bienestar de los adultos;
- reflejar las creencias, los valores y la cultura del personal y de la familia;
- incorporar elementos naturales y plantas autóctonas.

Es conveniente que el acceso al exterior sea fácil para adaptarse a los ritmos diarios de los niños pequeños. El acceso a un patio de juego permite a los cuidadores responder a las necesidades cambiantes del niño; pero, en muchos centros, el tiempo en el patio de juego está rigurosamente programado y es posible que no se adapte a las necesidades de los niños. Los programas pueden personalizar sus espacios de juego al aire libre: los cuidadores, el resto del personal e incluso las familias consideran lo que quieren que los bebés y niños pequeños experimenten en el espacio exterior. Deciden los materiales, los equipos y otros elementos de diseño que favorecen estas experiencias. Tanto si los programas modifican un espacio existente como si crean uno nuevo, el diseño de espacios de juego al aire libre ofrece una excelente oportunidad para involucrar a las familias y para colaborar con los recursos y socios locales. Los programas pueden encontrar oportunidades de asociación con organizaciones de extensión agrícola, viveros, paisajistas, arquitectos de parques infantiles, artistas, organizaciones cívicas y empresas.

Los espacios de juego al aire libre de los centros deben diseñarse de acuerdo con las directrices de la edición más reciente del *Public Playground Safety Handbook* de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor de Estados Unidos (Consumer Product Safety Commission, CPSC). Los programas en el hogar que ofrecen espacios de socialización con áreas al aire libre o patios de juego públicos durante las interacciones sociales también pueden consultar el *Public Playground Safety Handbook* para obtener información relevante. Las personas encargadas del cuidado de niños que tienen patios traseros pueden revisar el *Outdoor Home Playground Safety Handbook.*

Todos los programas pueden revisar las secciones pertinentes de la colección especial de Caring for Our Children (CFOC) en *Caring for Infants and Toddlers in Early Care and Education (I/T).*

Un análisis más detallado de las consideraciones de seguridad

La seguridad es quizás la preocupación más común que interfiere en la participación activa en el juego al aire libre. Los bebés y los niños pequeños son científicos incipientes. Investigan activamente el mundo al utilizar sus sentidos y parecen no tener miedo cuando exploran con las manos, la boca o el cuerpo. Los bebés y los niños pequeños están empezando a entender qué es y qué no es seguro, y cómo protegerse. Necesitan que los adultos responsables reduzcan al mínimo los riesgos para la salud y la seguridad al aire libre, y que eliminen los riesgos más peligrosos para que puedan explorar y jugar con seguridad.

Riesgo y desafío

Cuando los cuidadores consideran la seguridad, es importante darse cuenta de que nadie puede eliminar todos los riesgos. Los pequeños golpes, cortes, rasguños y moretones son habituales. Tomar algunos riesgos es importante y necesario para el crecimiento y el desarrollo de los niños pequeños (Almeras, *Creating a Nature-Based Culture*, diapositivas 34–36). Tomar riesgos le enseña a los niños pequeños lo que es y lo que no es posible. También sienta las bases para manejar situaciones difíciles más adelante en la vida. Lo que se considera seguro o inseguro depende en parte de la edad y del grado de desarrollo de los niños (p. ej., la arena se considera segura para los niños pequeños, pero no para los bebés, incluso con una estricta supervisión).

La reducción del riesgo no significa limitar los equipos de juego o imponer normas que restrinjan el movimiento de los niños pequeños o su capacidad de explorar el entorno. Un espacio de juego al aire libre ideal anima a los niños a desafiarse a sí mismos y, al mismo tiempo, presenta poco riesgo de lesiones: lo ideal es un área con un gran desafío, pero con poco riesgo. En los estudios, se demuestra que los parques infantiles de grandes desafíos y bajos riesgos son los que mejor promueven los objetivos del aprendizaje

al aire libre. Los niños realizan más actividad física; desarrollan mejores habilidades físicas, cognitivas y sociales, incluido el respeto a los demás; y son más felices y resilientes (Farmer, et al., “Change of School Playground Environment on Bullying: A Randomized Controlled Trial”).

Políticas del entorno exterior

Equilibrar el juego y la exploración al aire libre con la seguridad significa, en primer lugar, poner en práctica una supervisión activa para todos los niños y, luego, llegar a un entendimiento común con todos los adultos sobre lo que significa mantener a los bebés y a los niños pequeños sanos y salvos, al tiempo que se les ofrecen retos adecuados. Esto incluye identificar los beneficios de tomar riesgos y definir los riesgos razonables.

Aquí hay ejemplos de lo que debe incluirse en las políticas del entorno exterior:

- Los requisitos relacionados con la supervisión activa (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Asuntos de Niños y Familia, Oficina de Head Start, *Active Supervision*) son esenciales para mantener a los niños seguros al aire libre. Por ejemplo, los cuidadores deben hacer lo siguiente:
- Mantener una proporción de 1:4 entre personal y niños en todo momento.
- Utilizar teléfonos móviles o *walkie-talkie* para comunicarse entre los adultos que están fuera y dentro del lugar de forma rápida y sencilla y, si es necesario, con los servicios de emergencia.
- Posicionarse para ver y oír a los niños, y aprovechar el tiempo para observarlos y relacionarse con ellos en lugar de visitarlos entre sí. Durante la socialización, los padres deben interactuar uno a uno con sus hijos.
- Explorar continuamente el espacio de juego exterior para saber dónde están todos y qué están haciendo, y contar a los niños con frecuencia, en especial durante los traslados hacia y desde el espacio exterior.
- Utilizar lo que saben sobre los intereses y las habilidades de cada niño para predecir lo que harán.
- Crear desafíos para los que los niños estén preparados y apoyarlos para que tengan éxito.
- Ofrecer diferentes niveles de ayuda o reorientación en función de las necesidades de cada niño.

Las políticas relacionadas con el clima definen cuándo es aceptable llevar a los niños al exterior. Las experiencias al aire libre pueden tener lugar en todo tipo de condiciones meteorológicas, como la lluvia, la nieve, el calor, el frío y el viento, si se toman las precauciones de sentido común y los procedimientos de seguridad. Por ejemplo:

- Controlar la calidad del aire. Algunos niveles de calidad del aire suponen riesgos significativos para la salud y la seguridad de niños pequeños y adultos.
- No llevar a los niños afuera cuando haya ventiscas, rayos, tormentas eléctricas o temperaturas extremadamente cálidas o frías.
- Conocer los tipos de ropa adecuados para niños y adultos según las diferentes condiciones meteorológicas. Siempre que sea posible, proporcionar ropa de exterior extra para niños y adultos. La falta de ropa adecuada suele reducir el tiempo que se pasa al aire libre, más que las propias condiciones meteorológicas (Williams, “Exploring the Natural World”, 21).
- Aprovechar la sombra, utilizar protector solar y ropa protectora para los niños menores de 6 meses, repelente para insectos y otras sustancias protectoras. Garantizar que los juegos de agua y los areneros sean seguros e higiénicos.
- Disponer del almacenamiento adecuado de los medicamentos cuando los niños están al aire libre (p. ej., EpiPens® e inhaladores para niños con alergias y asma). Los medicamentos deben estar siempre a mano.
- Identificar los pasos para tratar las mordeduras y picaduras de insectos. Investigar qué debe incluirse en los botiquines de primeros auxilios para exteriores.

Además de las políticas del entorno exterior, hay otras prácticas y procedimientos de seguridad importantes que hay que tener en cuenta. [1]

Tiempo

Para estar al día de las condiciones actuales:

- Consulte el índice de calidad del aire en http://airnow.gov y suscríbase a EnviroFlash. Este servicio de la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos y de las agencias medioambientales estatales o locales envía correos electrónicos diarios sobre la calidad del aire local. La mala calidad del aire puede afectar de forma negativa a los niños con asma y otras necesidades especiales de atención médica.
- Compruebe la previsión del índice UV para limitar la exposición al sol en los días en que el índice es alto.
- Inscríbase para recibir las previsiones meteorológicas a cada hora del Servicio Meteorológico Nacional en una computadora o en un teléfono móvil.

Protector solar

Los niños necesitan protegerse de los rayos ultravioletas (UV) y nocivos del sol siempre que estén al aire libre. La sombra y el protector solar protegen a los niños de la exposición al sol y pueden ayudar a reducir el riesgo de algunos cánceres de piel.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), incluso unas pocas quemaduras solares importantes pueden aumentar el riesgo de cáncer de piel más adelante (Centers for Disease Control and Prevention, [2016]. Make Summer Safe for Kids. Obtenido de https://www.cdc.gov/family/kids/summer/index.htm). La American Academy of Pediatrics (AAP) recomienda las siguientes directrices (American Academy of Pediatrics, [2015]. Sun Safety:

Information for Parents About Sunburn & Sunscreen. Obtenido de https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Sun-Safety.aspx) sobre la seguridad solar y la selección y aplicación de protectores solares:

- Si es posible, utilice áreas de juego que tengan sombra para que los niños puedan mantenerse frescos.
- Proteja a los bebés menores de 6 meses de la luz solar directa al mantenerlos bajo la sombra de un árbol, de una sombrilla o de la cubierta de la carriola. Limite la exposición al sol de los niños entre las 10 a. m.y las 4 p. m., cuando los rayos UV son más fuertes.
- Anime a las familias a vestir a los niños con ropa fresca, como pantalones ligeros y camisetas de manga larga. Un sombrero les protegerá la cara, las orejas y la nuca.
- Obtenga el permiso por escrito de los padres/tutores de los niños para utilizar un protector solar con un FPS (factor de protección solar) 15 como mínimo. Elija un protector solar de amplio espectro que filtre los rayos UVB y UVA.
- Aplique el protector solar al menos 30 minutos antes de salir al exterior para una mejor absorción en la piel. Es necesario volver a aplicar el protector solar cada dos horas si los niños están al aire libre durante más de una hora, y con más frecuencia si juegan en el agua.
- En el caso de los niños mayores de seis meses, aplique el protector solar en todas las zonas expuestas, incluidas las orejas de los niños (si llevan una gorra en lugar de un sombrero).
- En el caso de los niños menores de seis meses, aplique el protector solar en las zonas pequeñas del cuerpo, como la cara y el dorso de las manos, si no dispone de ropa protectora y no hay sombra.

Hidratación

Los niños pequeños y en edad preescolar no pueden regular bien su temperatura corporal y necesitan beber más agua cuando hace calor. Tomen descansos programados regularmente para animar a todos los niños a beber agua durante el juego activo, incluso si no tienen sed. Las personas encargadas del cuidado pueden ofrecer leche materna o artificial adicional a los bebés, ya que no se recomienda que beban agua, en especial en el caso de los bebés menores de 6 meses; consulte CFOC Standard 4.2.0.6.

Seguridad en el agua

El juego con agua es una de las actividades favoritas de muchos niños pequeños durante todo el año. Las familias pueden preguntar sobre las oportunidades que tienen los niños de participar en juegos acuáticos al aire libre durante los meses de verano. CFOC no recomienda el uso de piscinas portátiles para niños, ya que no permiten un control sanitario adecuado y favorecen la transmisión de enfermedades contagiosas. Los aspersores, las mangueras o los pequeños lavabos individuales son alternativas más seguras que las piscinas para niños. Supervise siempre a los niños cuando jueguen en el agua o cerca de ella.

Si se utilizan mesas de agua, asegúrese de que el personal las limpie y las desinfecte, y utilice los juguetes de forma segura. Todos los niños deben lavarse las manos antes y después de jugar. Para los niños con cortes, rasguños o heridas abiertas en las manos, lo mejor es proporcionarles un lavabo individual.

Insectos y repelente para insectos

Proteja a los niños y a los adultos de las picaduras de insectos al comprobar y eliminar los nidos de insectos debajo de los toboganes, en los arbustos y en el suelo. Asegúrese de que no haya agua estancada cerca de las áreas de juego donde los mosquitos puedan poner sus huevos. Compruebe si hay garrapatas después de jugar al aire libre. Los CDC proporcionan instrucciones sobre la eliminación de garrapatas. Para evitar las picaduras de insectos en los niños, los programas pueden consultar al Departamento de Salud Pública local, al Comité Asesor de Servicios de Salud o a un asesor en salud infantil sobre el uso de repelentes para insectos cuando los insectos locales puedan ser portadores de enfermedades. Antes de aplicar el repelente para insectos, obtenga el permiso por escrito de los padres/tutores de los niños, y siga las instrucciones de la etiqueta. Estos productos suelen utilizar diferentes concentraciones de una sustancia química llamada DEET (N, N-Dietil-meta-toluamida). “La AAP recomienda que los repelentes

no contengan más del 30 % de DEET cuando se utilicen en niños. Los repelentes para insectos **tampoco se recomiendan** para niños menores de dos meses" (American Academy of Pediatrics [2012]). Choosing an Insect Repellent for Your Child. Obtenido de https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Insect-Repellents.aspx).

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC. *Active Supervision* es de dominio público.

28.3: Consideraciones para crear espacios de juego al aire libre seguros y estimulantes is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.4: Cuando la disponibilidad de espacio de juego al aire libre es un problema

Cómo encontrar el espacio

Las experiencias de juego y la exploración al aire libre pueden tener lugar en diferentes espacios y lugares. Sin embargo, algunos programas se enfrentan a desafíos con la limitación o la falta de espacio de juego al aire libre o con pocos lugares seguros. En estas situaciones, es muy importante brindarles a los bebés y niños pequeños experiencias que los conecten con la naturaleza y oportunidades para jugar y explorar activamente al aire libre.

Aunque no haya respuestas fáciles, sigue siendo importante determinar qué adaptaciones al aire libre pueden ser razonables y apropiadas para los programas y las familias con circunstancias no ideales. Aquí hay algunas opciones posibles: Greenman and Lindstrom, *Caring Spaces, Learning Places*, 299; Greenman et al., *Prime Times*, 298, 322

- Utilizar las banquetas como caminos para los juguetes y equipos con ruedas.
- Utilizar los lados de los edificios como paredes artísticas.
- Proporcionar “piezas sueltas” para transformar el espacio.
- Agregar troncos, tocones de árboles y rocas lisas para crear nuevos espacios y fomentar las experiencias de motricidad gruesa.
- Utilizar los recursos del vecindario, como los centros recreativos, los parques, los campos abiertos y los patios de juego escolares o públicos. Crear un “patio de juego en una caja” (p. ej., un carro utilitario con ruedas lleno de mantas, un paracaídas, cajas de leche, pelotas y otros juguetes y elementos para llevar a un espacio más abierto).
- Llevar a los niños a dar paseos cortos con carros, sillitas de paseo y carriolas. Deje que los niños que puedan caminar lo hagan al menos durante una parte del tiempo, para que se beneficien del ejercicio físico.
- Localizar y utilizar jardines comunitarios.
- Plantar flores no venenosas en cajas o crear pequeños jardines en las bañeras que sean accesibles de forma segura para los niños y los adultos (American Academy of Pediatrics; American Public Health Association; National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education; and Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services, *Caring for Our* Children (CFOC), “Even Plants Can Be Poisonous”).
- Colgar comederos para pájaros, carillones y pancartas donde los niños puedan verlos.
- Llevar la naturaleza a los espacios interiores. Considerar la posibilidad de poner cubetas u otros recipientes en el exterior cuando llueva o nieve, y luego llevarlos adentro para ver cuánto se ha recogido. Cuando sea posible, abrir las ventanas (no más de cuatro pulgadas [diez centímetros], y utilizar protectores de seguridad) para que entre aire fresco. Proporcionar objetos y materiales naturales seguros y apropiados para la edad y el desarrollo de los bebés y niños pequeños para que los exploren. Pueden ser piñas, pequeñas galletas de árbol (es decir, secciones transversales de ramas que muestran anillos de crecimiento), ramitas, hojas, nieve, tierra, bellotas, rocas y valvas. Supervisar de cerca estas exploraciones: es apropiado para el desarrollo que los niños muy pequeños se lleven objetos a la boca. Las cosas que se consideran seguras para que las exploren los niños mayores no son seguras para los más pequeños.
- Llamar la atención de los niños sobre los eventos naturales que pueden ver por la ventana, como la lluvia, la nieve, los relámpagos o el viento que sopla los árboles o las hojas. Pedirles a los niños que toquen los cristales de las ventanas para ver si están calientes o fríos. Señalar y describir los cambios en las condiciones exteriores (p. ej., cómo cambia la cantidad de lugares sombreados o soleados según la hora del día o cómo cambia la luz cuando las nubes tapan el sol).

28.4: Cuando la disponibilidad de espacio de juego al aire libre es un problema is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.5: Estrategias para maximizar las oportunidades de aprendizaje al aire libre para bebés y niños pequeños

Cómo utilizar el tiempo al aire libre de forma inteligente

El aire libre ofrece valiosas oportunidades de aprendizaje para los bebés y niños pequeños. Ya sea en los espacios de juego al aire libre, patios traseros, parques o umbrales de las casas, estas oportunidades toman forma y lugar mediante las relaciones e interacciones entre los adultos que se preocupan y apoyan a los niños. Los bebés y niños pequeños siguen el ejemplo de los adultos importantes en sus vidas. Es más probable que respondan positivamente y exploren el entorno exterior cuando los adultos planifican, modelan y apoyan esas exploraciones. Dado que el personal y las familias desempeñan un papel esencial en la conexión de los bebés y niños pequeños con la naturaleza y el aire libre, las personas responsables de los programas deben considerar formas de facilitar y reforzar el compromiso de los adultos con el juego y la exploración al aire libre.

Piezas sueltas

Las personas encargadas del cuidado pueden utilizar “piezas sueltas”, Dempsey y Strickland, “Why to Include Loose Parts”; Greenman et al., *Prime Times*, 297, para mejorar las oportunidades de juego al aire libre de los bebés y niños pequeños. El término se refiere a “materiales fáciles de mover que los niños pueden utilizar mientras juegan”. Dempsey and Strickland, “Why to Include Loose Parts”. Para los bebés y niños pequeños, las piezas sueltas son juguetes y materiales que son seguros, no están fijados en su sitio y pueden utilizarse de muchas maneras. Son materiales que los niños recogen, ensamblan, mezclan, separan, apilan, llenan y vierten, y alinean. Los juguetes, los equipos y los materiales de interior que se llevan al exterior se consideran piezas sueltas, al igual que los materiales naturales, como galletas de árboles, piedras, ramitas, vainas de semillas, hojas, agua y arena. Otras ideas para las piezas sueltas son las siguientes:

- Contenedores de tela
- Tubos de cloruro de polivinilo (PVC)
- Esponjas
- Carritos Trineos pequeños
- Cajas de leche de plástico Mochilas
- Tablas anchas y lijadas que son bien cortas para que los niños pequeños puedan recoger, llevar o arrastrar

Las piezas sueltas son importantes por varias razones. Dempsey and Strickland, “Why to Include Loose Parts”. Por ejemplo:

- Alientan a los niños a manipular el entorno y presentan oportunidades para la creatividad y la resolución de problemas.
- Proporcionan a los niños materiales adecuados para su edad. Dado que estos materiales pueden utilizarse de diversas maneras, cada grupo etario los utiliza de forma diferente y adecuada.
- Añaden novedad al entorno de juego exterior. Esto es importante para los niveles cognitivos más altos del juego, como el juego simbólico.
- Fomentan una amplia variedad de comportamientos de juego, como verter y llenar; levantar, mover y transportar; y el juego de ficción, el juego paralelo y el juego cooperativo.

28.5: Estrategias para maximizar las oportunidades de aprendizaje al aire libre para bebés y niños pequeños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.6: Creación de una cultura de programa que promueva el juego y la exploración al aire libre

Cultura y aire libre

Una forma de obtener apoyo y comprensión sobre la importancia de las experiencias al aire libre es elaborar una declaración de filosofía en la que se describan las creencias del programa. 1Almeras, *Creating a Nature-Based Culture*, diapositivas 24-32. Una declaración filosófica definida y el respaldo de las políticas por parte de la dirección del programa pueden guiar las prácticas del programa al proporcionar un marco para la planificación y la enseñanza. Considere el siguiente proceso para elaborar una declaración de filosofía.

Pida la opinión del personal y de las familias. Proporcione la información y los recursos necesarios para facilitar la conversación. Involucre al personal y a las familias al redactar y al revisar la declaración para aumentar el consenso y el apoyo.

Una vez finalizada la declaración, tradúzcala a las lenguas maternas de las familias. Coloque la información donde las familias y el personal puedan verla. Considere la posibilidad de incluirla en los boletines y otros documentos que detallan el programa.

Comparta y analice la declaración durante las orientaciones del nuevo personal y de las familias, en las reuniones del personal y de los padres, en las visitas a domicilio y la socialización en grupo.[1]

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Supporting outdoor play and exploration for infants and toddlers.* ECLKC. Es de dominio público.

28.6: Creación de una cultura de programa que promueva el juego y la exploración al aire libre is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.7: Conclusión

Conclusión del capítulo “Entorno exterior”

El juego y la exploración al aire libre son importantes para los bebés y niños pequeños. El tiempo que pasan al aire libre los ayuda a conectar con el entorno natural y a desarrollar su aprecio por él. Ofrece beneficios fundamentales para la salud y el desarrollo, y experiencias valiosas que simplemente no suceden en el interior. Con una planificación cuidadosa, y prácticas y políticas de apoyo, los programas pueden ofrecer a los bebés y niños pequeños oportunidades de juego activo al aire libre, exploración de la naturaleza y conexiones con adultos de confianza de muchas maneras, incluso en circunstancias que no son ideales. Trabajando juntos, los directores de EHS y MSHS, el personal y las familias pueden ofrecer oportunidades valiosas de aprendizaje que promuevan el desarrollo de los niños y creen una base para comprometerse con la naturaleza y aprender de ella.[1]

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Supporting outdoor play and exploration for infants and toddlers.* ECLKC. Es de dominio público.

28.7: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

28.8: Referencias

Albert Einstein College of Medicine. “Millions of U.S. Children Low in Vitamin D”. *Einstein* (3 de agosto de 2009). Aamodt, Sandra; Sam Chang. “The Sun Is the Best Optometrist”. *New York Times* (20 de junio de 2011).

American Society for Microbiology. “Can Bacteria Make You Smarter?”. *ScienceDaily (25 de mayo de 2010).*

Almeras, Bethe. *Creating a Nature-Based Culture in Your Program*. Early Childhood Investigations Webinars. 28 de septiembre de 2011. American Academy of Pediatrics. “Sun Safety and Protection Tips from the American Academy of Pediatrics” (2018).

Burdett, Hillary L.; Robert C. Whitaker. “Resurrecting Free Play in Young Children: Looking Beyond Fitness and Fatness to Attention, Affiliation, and Affect”. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine 159* (2005): 46–50

Clements, Rhonda. “An Investigation of the Status of Outdoor Play”. *Contemporary Issues in Early Childhood 5, No. 1* (2004): 68–80.

Dewar, Gwen. “Newborn Sleep Patterns: A Survival Guide for the Science-Minded Parent”. *Parenting Science* (2008–2017).

Dempsey, Jim; Eric Strickland. “Staff Workshop Teacher Handout: The ‘Whys’ Have It! Why to Include Loose Parts on the Playground”. *Scholastic* (abril de 1999).

Early Head Start National Resource Center. News You Can Use: Outdoor Spaces. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Asuntos de Niños y Familia, Oficina de Head Start, marzo de 2012.

Edwards, C., L. Gandini & G. Forman. 1998. The hundred languages of children: The Reggio Emilia approach- Advanced reflections. 2nd ed. Greenwich, CT: Ablex.

Farmer, Victoria L.; Sheila M. Williams, Jim I. Mann, Grant Schofield, Julia C. McPhee, Rachael W. Taylor. “Change of School Playground Environment on Bullying: A Randomized Controlled Trial”. *Pediatrics 139, No. 5* (2017): 1–12.

Frank Porter Graham Child Development Institute. “Playground Information to Use with the Environmental Rating Scales”. Chapel Hill, NC, n.d.

Ginsburg, Kenneth. “No Child Left Inside: Reconnecting Kids with the Outdoors”. Testimonio de Kenneth Ginsburg, MD, MS Ed, FAAP, en nombre de la American Academy of Pediatrics para el Subcomité de Recursos Naturales sobre parques nacionales, bosques y tierras públicas y para el Subcomité sobre pesca, vida silvestre y océanos; 24 de mayo de 2006.

Ginsburg, Kenneth. “No Child Left Inside: Reconnecting Kids with the Outdoors”. Testimonio de Kenneth Ginsburg, MD, MS Ed, FAAP, en nombre de la American Academy of Pediatrics para el Subcomité de Recursos Naturales sobre parques nacionales, bosques y tierras públicas y para el Subcomité sobre pesca, vida silvestre y océanos; 24 de mayo de 2006.

Gardner, H. 1999. Are there additional intelligences? The case for naturalist, spiritualist, and existential intelligence. En Education, information , and transformation, ed. J. Kane, 111-31. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Hastie, Kyla; Shani Howard. “A Prescription for Healthy Kids: Nature & Play”. *AthensParent.com* (marzo/abril de 2007).

Head Start Body Start. “Outdoor Play Benefits”. Reston, VA: Head Start Body Start, National Center for Physical Development and Outdoor Play, n.d.

The Henry J. Kaiser Family Foundation. “New Study Finds Children Age Zero to Six Spend as Much Time With TV, Computers and Video Games as Playing Outside”. Washington, DC: Kaiser Family Foundation. 28 de octubre de 2003.

Huh, Susanna Y.; Catherine M. Gordon. “Vitamin D Deficiency in Children and Adolescents: Epidemiology, Impact and Treatment”. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders 9* (2008): 161–170.

Keeler, Rusty. Natural Playscapes: Creating Outdoor Play Environments for the Soul. Redmond, WA: Exchange Press, 2008. Lally, J. Ronald; Jay Stewart, Deborah Greenwald. A Guide to Setting Up Environments. 2.and ed. Sacramento, CA: Departamento de Educación de Californiay WestEd, 2009.

Louv, Richard. *Last Child in the Woods: Saving Our Children from Nature-Deficit Disorder*. Chapel Hill, NC: Algonquin, 2008. Louv, Richard. Fragmento de *Last Child in the Woods*: Introduction. Chapel Hill, NC: Algonquin, 2008

Milano, Kim. “Prevention: The First Line of Defense Against Childhood Obesity”. *Zero to Three 28, No. 1* (2007): 6–11. Moore, Robin C; Clare Cooper Marcus. “Healthy Planet, Healthy Children: Designing Nature into the Daily Spaces of Children”. En Biophilic Design: The Theory, Science, and Practice of Bringing Buildings to Life. Hoboken, NJ: Wiley (2008): 153–203.

Orr, David. *The Biophilia Hypothesis*. Washington, DC: Island Press, 1995.

Post, Jacalyn; Mary Hohmann, Ann S. Epstein. *Tender Care and Early Learning: Supporting Infants and Toddlers in Child Care Settings*. 2.a ed. Ypsilanti, MI: HighScope Press, 2011.

Rosenow, Nancy. "Learning to Love the Earth... and Each Other". *Spotlight on Young Children and Nature*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children (2011): 4–7.

Sennerstam, Roland B. "Absence Due to Illness Among Toddlers in Day-Care Centres in Relation to Child Group Structure". *Public Health 111, No. 2* (2007): 85–88.

Shillady, Amy. "Introduction". *Spotlight on Young Children and Nature*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children (2011): 2–3.

Thigpen, Betsy. "Outdoor Play: Combating Sedentary Lifestyles". *Zero to Three 28, No. 1* (2007): 19–23.

Trister Dodge, Diane; Sherrie Rudick, Kai-leé Berke. *The Creative Curriculum for Infants, Toddlers & Twos, Vol.*

2. 3.a ed. Washington, DC: Teaching Strategies, 2015.

Torquati, Julia; Mary M. Gabriel, Julie Jones-Branch, Jennifer Leeper Miller. "Environmental Education: A Natural Way to Nurture Children's Development and Learning". *Spotlight on Young Children and Nature*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children (2011): 8–14.

University of Illinois at Urbana-Champaign. "For Kids with ADHD, Regular 'Green Time' Is Linked to Milder Symptoms". *ScienceDaily* (Sept. 15, 2011).

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Asuntos de Niños y Familia, Oficina de Head Start, National Center for Early Childhood Health and Wellness. *Active Supervision*. Washington, DC, n.d.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Asuntos de Niños y Familia, Oficina de Head Start. *Head Start Program Performance Standards, 45 CFR Chapter XIII*. Washington, DC, 2016.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (12 de noviembre de 2021). *Supporting outdoor play and exploration for infants and toddlers*. ECLKC. Obtenido el 5 de febrero de 2022 de https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/learni...fants-toddlers es de dominio público White, Randy. "Young Children's Relationship with Nature: Its Importance to Children's Development & the Earth's Future". *White Hutchinson Leisure & Learning Group*, 2004.

Williams, Alyson E. "Exploring the Natural World with Infants and Toddlers in an Urban Setting". *Spotlight on Young Children and Nature*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children (2011): 20–23.

28.8: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

29: Introducción a la observación

29.1: Introducción
29.2: Por qué observamos
29.3: Pautas para observar a los niños
29.4: Observaciones precisas para una documentación precisa
29.4.1: Objetivo frente a subjetivo
29.4.2: Reconocer y eliminar los prejuicios
29.4.3: Etiquetar frente a describir comportamientos
29.4.4: Interpretación del estado de ánimo
29.5: Lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en materia de observación y documentación
29.6: Establecer sistemas de observación continua
29.7: Familia y observación
29.8: Conclusión
29.9: Referencias

29: Introducción a la observación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.1: Introducción

Introducción a la observación

¿Qué es la observación? Un diccionario en línea (Dictionary.com, 2019) ofrece las siguientes definiciones para la palabra "observación" (sustantivo):

- Acto o instancia de notar o percibir.
- Acto o instancia de mirar atentamente o vigilar.
- Facultad o hábito de observar o notar.
- La información o el registro asegurado por ese acto.

La observación informa sobre las prácticas de atención y de enseñanza, las experiencias de aprendizaje, los entornos, las rutinas y los horarios.[1]

Sin embargo, observar lo que hacen los niños es mucho más que mirar. Observar implica concentración y propósito. Stetson, Jablon & Dombro (2009) definieron la observación como "observar y escuchar para aprender sobre cada niño" (Stetson et al., 2009). Las personas encargadas del cuidado observan y escuchan a los niños y a las familias para conocer el desarrollo de cada niño y averiguar cómo está aprendiendo cada uno. Muchos describen la observación como el hecho de prestar mucha atención a los comportamientos, las interacciones, las actividades y los intereses del niño, y de darse cuenta de todos los aspectos de su desarrollo (National Infant & Toddler Child Care Initiative, 2010). Ambas definiciones destacan la importancia de observar para aprender.

Nos demos cuenta o no, observamos constantemente cuando trabajamos con bebés, niños pequeños y familias. Para muchos cuidadores, la observación se convierte en una segunda naturaleza, en parte de lo que hacemos. Asimilamos información con regularidad; y, de forma consciente o no, estas observaciones contribuyen a nuestro trabajo y a nuestras interacciones.[2]

Referencias

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers es de dominio público.
2. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, *Look at Me! Using Focused Child Observation with Infants and Toddlers* es de dominio público.

29.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.2: Por qué observamos

¿Por qué?

Hay razones importantes por las que los cuidadores observan a los bebés y niños pequeños.
A continuación, se mencionan los propósitos más comunes detrás de la observación del cuidador:

- Aprender sobre los niños para individualizar el cuidado y el plan de estudios, incluidas las interacciones, las prácticas de enseñanza, las experiencias de aprendizaje, las rutinas y los horarios.
- Medir y seguir el progreso de los niños en la adquisición de habilidades y conceptos a lo largo del tiempo como parte del ciclo de evaluación continua.

Cuando los cuidadores observan de forma intencional, pueden entender mejor cómo piensan, sienten y aprenden los niños pequeños sobre el mundo que los rodea. A su vez, estos conocimientos ayudan a los cuidadores a tomar decisiones sobre la prestación de cuidados sensibles e informados.

La observación respetuosa refleja la creencia de que los comportamientos de los niños pequeños tienen un propósito y un significado y que vale la pena prestarles atención. Parte crucial de la observación implica una gran reflexión previa (Cagliari, 2004). Los cuidadores que creen que los niños pequeños tienen objetivos e intenciones deben hacerse las siguientes preguntas esenciales:

- ¿Por qué este niño hace lo que hace?
- ¿Qué está tratando de comunicar o lograr?
- ¿Cómo debo responder para apoyar a este niño?
- ¿Qué podría hacer para apoyarlos?[1]

La observación se convierte en una herramienta para buscar respuestas a estas preguntas. Ofrece la posibilidad de realizar una "pedagogía de la escucha" (Cagliari, 2004). Muchas veces, separamos los contextos de observación en dos categorías distintas: la observación de lo que el niño está haciendo ahora y la observación para reflexionar más tarde. Pero un cuidador es un "observador participante" (Cagliari, 2004). Mientras los niños construyen el conocimiento de forma activa, los cuidadores observan y escuchan, y mientras observan, pueden encontrar "estrategias que finalmente contribuirán a que las actividades avancen" (Cagliari, 2004). Observar desde un punto de vista respetuoso nos ayuda a hacer descubrimientos esenciales sobre los niños, como, por ejemplo, cómo son como personas, cómo reaccionan ante otros niños y adultos, qué tareas les resultan fáciles o difíciles y cómo transmiten sus deseos y necesidades (Dichtelmiller & Ensler, 2004). Estos descubrimientos permiten a los cuidadores responder a los intereses y necesidades de cada niño.[2]

Se realizan observaciones todos los días en las guarderías. Los cuidadores vigilan constantemente el entorno. Las formas de observaciones intencionales son completar los controles de seguridad para garantizar que el equipo y los materiales sean seguros para que los niños los utilicen y los exámenes de salud diarios para garantizar que los niños están bien sanos para participar en las actividades. Los cuidadores intencionales utilizan sus observaciones para planificar y aplicar el plan de estudios, establecer entornos de aprendizaje atractivos, supervisar las interacciones sociales de los niños, hacer un seguimiento de los comportamientos, comunicarse con las familias, y evaluar el progreso y el desarrollo de cada niño. Por medio de observaciones intencionadas y planificadas, los cuidadores intencionales pueden:

- evaluar la eficacia del programa y de los cuidadores;
- realizar mejoras para garantizar la calidad de las prácticas;
- planificar y aplicar un plan de estudios apropiado para el desarrollo;
- medir y evaluar el desarrollo de los niños;
- desarrollar relaciones de cooperación respetuosas con los familiares;
- comprender las prácticas culturales;
- elegir estrategias de aprendizaje que apoyen y se adapten a las diversas necesidades de los niños;
- garantizar la conducta ética y las normas profesionales de las prácticas.[3]

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, *Look at Me! Using Focused Child Observation with Infants and Toddlers* es de dominio público.

[2] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers es de dominio público.

[3] Peterson, G., & Elam, E. (2021). Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching. *Observation and Assessment in Early Childhood Education* se encuentra bajo licencia CC BY.

29.2: Por qué observamos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.3: Pautas para observar a los niños

Aspectos que se deben tener en cuenta

Los cuidadores observan, registran y captan cada día los momentos del desarrollo del niño. Los artefactos recopilados se utilizan para planificar el plan de estudios, evaluar el crecimiento y modificar el entorno. En el artículo “Who is Watching? Thinking Ethically about Observing Children”, los autores destacan algunas de las tensiones éticas que pueden surgir en los entornos de la primera infancia al tratar de equilibrar los derechos de los niños, las responsabilidades de los cuidadores y el papel de los alumnos que se forman como futuros cuidadores.[1]

Al observar y documentar a los niños pequeños:

- tome todas las precauciones para mantener la confidencialidad y garantizar la privacidad;
- sea respetuoso y mantenga una distancia razonable con los niños para minimizar las interferencias en el juego y el aprendizaje;
- preste mucha atención al lenguaje corporal, al temperamento y a los estilos de comunicación de los niños;
- vea a cada niño como una persona única con una perspectiva individual, un conjunto de sentimientos, intereses y una forma de socializar, junto con su contexto cultural, sistema de creencias y valores;
- comparta con los niños información sobre lo que ha observado, cuando sea correspondiente;
- recolecte fotografías y use otros métodos de observación de forma no intrusiva;
- asegúrese de que las pruebas de observación y las imágenes se utilicen solo para los fines previstos;
- manipule las fotografías y la información con cuidado y sensibilidad, y almacene la información de forma segura;
- sea consciente de que es posible que las reacciones, los comportamientos y las conversaciones de un niño no sean lo que espera y, por lo tanto, deba abstenerse de juzgar o de tener prejuicios culturales.[1]

Referencias

[1] Peterson, G., & Elam, E. (2021). Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching. *Observation and Assessment in Early Childhood Education* se encuentra bajo licencia CC BY.

29.3: Pautas para observar a los niños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.4: Observaciones precisas para una documentación precisa

La importancia de la precisión

La observación es como una fotografía: capta un momento en el tiempo. El observador es como el fotógrafo: se centra en algunas cosas e ignora otras. Al igual que el fotógrafo, aporta sus ideas, preferencias y percepciones al acto de observar (Jablon et al., 2007).

Se necesita práctica para convertirse en un buen observador. Para los cuidadores, un aspecto esencial de ser un observador respetuoso implica saber que lo que notan y cómo interpretan sus observaciones sobre los bebés y niños pequeños puede estar influenciado por muchas cosas. La cultura, el temperamento, la presencia de una demora o discapacidad, las experiencias y relaciones personales, los conocimientos profesionales e incluso los valores de la comunidad y los mensajes de los medios de comunicación afectan la forma en que los cuidadores y las familias ven a los niños e interactúan con ellos. Nuestras reacciones instintivas y las opiniones cuidadosamente consideradas influyen en nuestros comportamientos de observación (Cagliari, 2004).

Estas lentes por las que los cuidadores observan e interpretan influyen, aunque no siempre sean conscientes de ello. Por ejemplo, dos adultos pueden ver a un bebé que se queja, pero interpretan lo que significa el comportamiento quisquilloso y responden de forma diferente en función de sus propias experiencias, educación y cultura (Cagliari, 2004). Observar a los niños pequeños implica tener conciencia de uno mismo, y esta conciencia evoluciona.

Cada persona proviene de una cultura, y la cultura de cada familia es única. La cultura, es decir, las actitudes, las creencias, las expectativas sobre las personas y los acontecimientos, configura a los cuidadores como seres humanos y profesionales de la primera infancia. Por ejemplo, algunas culturas consideran respetuoso mirar a alguien a los ojos al hablar, mientras que otras consideran respetuoso mirar hacia abajo cuando alguien está hablando. Un cuidador cuya cultura valora mirar a alguien a los ojos cuando habla puede pensar que un niño o un familiar cuya cultura valora mirar hacia abajo cuando alguien habla lo está ignorando o le está faltando al respeto. Esta interpretación puede influir en las palabras usadas en la observación.

Los rasgos, como el temperamento (p. ej., ser cauteloso, extrovertido o sensible; exigir orden), los intereses y las preferencias personales, y los sentimientos (p. ej., lo que nos hace sentirnos emocionados, aprensivos, incómodos) también afectan la forma en que los adultos se relacionan con los niños. Estos rasgos pueden ayudarlos a sentirse más cerca de los niños con características similares. Es posible que presten más atención a los niños con características similares y los observen con más frecuencia que a otros niños. Estos rasgos también pueden alejar a los adultos de los niños cuyos atributos son diferentes. Los cuidadores pueden prestarles menos atención o interpretar sus comportamientos de forma más negativa. Por ejemplo, un cuidador que tolera las luces brillantes, el ruido ambiental y el exceso de materiales en las estanterías y paredes puede tener dificultades para darse cuenta de que esas mismas cosas pueden sobrestimular a un bebé que llora con frecuencia.[1]

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers es de dominio público.

29.4: Observaciones precisas para una documentación precisa is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.4.1: Objetivo frente a subjetivo

Dos términos importantes que hay que conocer

Los cuidadores intencionales deben comprender la importancia de la observación objetiva y no subjetiva. Según el diccionario, “objetivo” significa no influenciado por sentimientos u opiniones al considerar y representar los hechos. En contraste, “subjetivo” significa basado en sentimientos, gustos u opiniones personales, o influenciado por ellos (Dictionary.com, consultado en 2022). Los científicos prefieren las pruebas objetivas a las subjetivas para llegar a conclusiones sólidas y lógicas. Así como los bebés son científicos natos (Babies are Born Scientists, 2012), los cuidadores observadores también son científicos natos.

La observación objetiva no tiene prejuicios personales y es la misma para todas las personas. Los seres humanos son parciales por naturaleza, por lo que no pueden ser completamente objetivos. El propósito es ser lo más imparcial posible. Una observación subjetiva se basa en los sentimientos y creencias de una persona y es única para la persona que observa.[1]

Observar objetivamente significa anotar todo lo que se ve y se oye, y registrar solo los comportamientos observados directamente. Para la mayoría, esto es mucho más difícil de lo que implica la simple definición. Se necesita práctica para que los cuidadores adquieran la habilidad de separar los hechos que observan de sus opiniones, prejuicios o reflexiones durante la observación.

Tabela 29.4.1.1Objetivas frente a subjetivas

Observaciones objetivas	**Observaciones subjetivas**
Las observaciones objetivas se basan en lo que observamos con nuestros sentidos. Registramos lo que vemos, oímos, probamos, tocamos y olemos.	Las observaciones subjetivas suelen estar influidas por los acontecimientos pasados, las experiencias personales y las opiniones, y pueden estar sesgadas por nuestro contexto cultural.
La información objetiva se basa en los hechos que obtenemos. Si no lo vemos, no lo informamos. Solo escribimos detalles y proporcionamos descripciones vívidas.	La información subjetiva se basa en nuestras opiniones, suposiciones, creencias personales o sentimientos prejuiciosos, o puede estar basada en sospechas, rumores y conjeturas.
Es más probable que los resultados sean válidos y fiables según el niño que se observa.	Los resultados suelen ser inconsistentes y varían según el niño que se observa.
Términos objetivos que se deben utilizar: parece ser, aparenta ser.	Palabras subjetivas que se deben evitar: solo, porque, pero, siempre, nunca, no puedo, creo, feliz, inteligente, servicial, lindo, enfadado, tímido, le gusta, ama, odia, triste.

Recursos adicionales:

Clearing Your View: Staying Objective in Observation | ECLKC (hhs.gov)

Referencias

[1] Johnson, Chris, & Affolter, M. (2017). Understanding Science con licencia CC BY-NC-SA.

29.4.1: Objetivo frente a subjetivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.4.2: Reconocer y eliminar los prejuicios

Observaciones sobre el sesgo

Busque la palabra “sesgo” en un motor de búsqueda de Internet. Obtendrá una definición similar a lo siguiente: “prejuicio a favor o en contra de una cosa, persona o grupo en comparación con otro, generalmente de forma considerada injusta”.

Es importante darse cuenta de que, tal vez, no seamos plenamente conscientes de todos nuestros prejuicios, incluso si somos conscientes de algunos. Nuestros prejuicios entran en juego en nuestras interpretaciones de los comportamientos que muchas veces observamos sin reconocer su influencia. Por ejemplo, si un niño dice: “¡Dame leche!”, nuestra primera respuesta podría ser: “Así no se piden las cosas”. Es posible que no nos demos cuenta de que los modales (o la falta de ellos) influyen en nuestras reacciones de una manera específica. Los cuidadores deben reconocer que lo que sienten hacia el comportamiento del niño influye en cómo lo vemos y, por lo tanto, en lo que decidimos observar y documentar.[1]

Errores subjetivos comunes que hay que evitar al redactar las pruebas de observación

- Sacar conclusiones: “Billie no puede hacer nada por sí mismo porque es el más joven de una familia numerosa y lo hacen todo por él”; “Los padres de Sharon se van a divorciar, por eso está triste”.
- Hacer suposiciones: “Annie nunca comparte”; “Denise siempre golpea a Thomas”. Etiquetar: “Rosie es mala”; “Jeff es un buen chico”.
- Comparar: “Tommy no sabe andar en bicicleta tan bien como Sam”; “Zoey era la que mejor escuchaba en la hora del círculo”.
- Centrarse en los sentimientos o en las emociones/estados de ánimo: “Max parece tan triste hoy”; “Jax parece tan feliz mientras se desliza por el tobogán”.
- Añadir opiniones/observaciones subjetivas: “A Marta le gusta jugar a disfrazarse. Está en el área de juego dramático todos los días”; “Suki es tímida y nunca dice nada durante la hora del círculo”. (Colóquelo en su “estacionamiento”). [2]

En la medida de lo posible, los cuidadores deben reconocer los prejuicios y las influencias de nuestra lente cultural y, a continuación, eliminarlos de las observaciones y ser intencionados a la hora de eliminarlos de la documentación. La necesidad de eliminar las observaciones subjetivas y, a veces, sesgadas, no implica automáticamente que sean “erróneas”. El pensamiento subjetivo podría alinearse con los valores culturales, personales o religiosos del cuidador. Lo que una persona cree es a menudo lo que nos hace únicos (¿recuerda la definición de “objetivo”?), pero esas opiniones y reflexiones únicas no pertenecen a nuestra observación o documentación objetiva. Los prejuicios se interponen cuando queremos observar comportamientos. Cuando empiece a documentar sus observaciones, un ejercicio útil es anotar físicamente los pensamientos subjetivos en un lugar aparte. Hay quienes eligen etiquetar esto como “el estacionamiento” o de alguna otra forma que lo identifique como un lugar al que trasladar las observaciones subjetivas. A medida que complete más observaciones, el acto de apartar los pensamientos subjetivos del camino de nuestras observaciones objetivas será más fácil. [3]

Referencias

[1] Recognizing Your Biases se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrito, combinado o seleccionado por Gina Peterson y Emily Elam.

[2] Peterson, G., & Elam, E. (2021). Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching. *Observation and Assessment in Early Childhood Education*se encuentra bajo licencia CC BY.

[3] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers es de dominio público.

29.4.2: Reconocer y eliminar los prejuicios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.4.3: Etiquetar frente a describir comportamientos

Las palabras que utilizamos

La práctica de etiquetar los comportamientos frente a la descripción de lo observado también puede crear observaciones subjetivas. Entender la diferencia entre estos dos términos puede ser difícil. Muchas veces proporcionamos rasgos de personalidad o incluso de temperamento cuando lo etiquetamos rápido en lugar de describir el comportamiento observado. Una observación objetiva no da etiquetas de una sola palabra, como fuerte, agresivo, temperamental, dulce, amistoso o malo. En su lugar, describimos los comportamientos observados directamente que condujeron a la etiqueta (a menudo, sesgada). La descripción de los comportamientos proporciona una información más rica y útil para la evaluación posterior o el desarrollo del plan de estudios.

29.4.3: Etiquetar frente a describir comportamientos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.4.4: Interpretación del estado de ánimo

Observación de las emociones

Puede ser necesaria mucha práctica para “desentrenarnos” de registrar el estado de ánimo que interpretamos frente al comportamiento real que vemos. Una buena manera de empezar es pensar en una lista de emociones que podría intentar utilizar en su documentación. Los ejemplos más típicos son feliz, triste, enfadado y enojado. Cuando utilizamos las palabras feliz, triste y enfadado en nuestra documentación, interpretamos el estado de ánimo a partir de los comportamientos observados. Echemos un vistazo al estado de ánimo feliz. Si un cuidador documenta que el niño está “feliz”, observa un comportamiento específico que lo lleva a hacer esa afirmación. El niño puede sonreír, reír o saltar con entusiasmo. Cuando solo documentamos la palabra “feliz”, no conocemos el comportamiento demostrado. ¿Qué sucede con la palabra “triste”? Si documento “El niño estaba triste”, ¿sabrán otras personas que lean mi documentación qué comportamiento está mostrando el niño exactamente? No, no lo sabrían. Podría adivinar, pero no puede decir si ha acertado, y una suposición infringe otra consideración crítica de la observación: la precisión. Si describimos el estado de ánimo de tristeza, podríamos documentarlo así: “El niño comenzó a llorar y se tapó la cara con las manos para que sus compañeros no lo vean”. ¿Esa descripción le permite imaginarse lo que está ocurriendo con mucha más precisión?

29.4.4: Interpretación del estado de ánimo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.5: Lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en materia de observación y documentación

Tanto si se trata de una observación planificada como espontánea, los cuidadores pueden utilizar los siguientes consejos para observar de manera objetiva.

Lo que hay que hacer en materia de observación y documentación:

- Anote la fecha, la hora y el contexto.
- Anote el nombre del niño (o de los niños) involucrados.
- Registre solo los hechos de manera concisa (al grano).
- Registre los hechos en el orden en que ocurren y con precisión, tal como los ve.
- Obtenga detalles vívidos y citas.
- Utilice distintos métodos de observación.
- Observe con el corazón abierto, con la mente abierta y con una mirada clara, sin prejuicios.
- Esté atento y alerta, y utilice sus sentidos.
- Observe lo que el niño PUEDE HACER en lugar de lo que no puede hacer.

Lo que no se debe hacer en materia de observación y documentación

- No interfiera ni presione a los niños para que actúen.
- No dé por sentado ni exprese su opinión mientras registra las pruebas.
- No registre nada que no vea.
- No etiquete comportamientos, acciones o sentimientos.
- Evite el uso de términos subjetivos, tendenciosos o sentenciosos.
- Evite el uso de exageraciones y palabras condicionales.
- No resuma la información.
- Evite utilizar generalizaciones o términos vagos.
- Pase desapercibido y respete el espacio de los niños mientras juegan. [1]

Referencias

[1] Lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en materia de observación y documentación se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o seleccionada por Gina Peterson y Emily Elam.

29.5: Lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en materia de observación y documentación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.6: Establecer sistemas de observación continua

Observación intencionada

Los bebés y los niños pequeños no suelen demostrar lo que saben y lo hacen “a pedido” (es decir, cuando el observador quiere que lo hagan). Sin embargo, los cuidadores pueden captar y registrar intencionadamente lo que hacen y dicen los niños al establecer un sistema para hacer las observaciones.

No hay una única forma correcta de hacerlo. Un sistema de observación en el aula de un centro con dos cuidadores puede ser diferente del sistema que utiliza un cuidador familiar que trabaja solo. Los sistemas de observación no son estáticos. Deben revisarse a medida que los cuidadores adquieren mayor destreza en la observación de los niños y en su crecimiento y desarrollo.[1]

Aquí se mencionan algunas estrategias generales que se deben tener en cuenta a la hora de crear un sistema.

Planificar las horas de observación de los niños

Para captar la profundidad y la amplitud de las destrezas, las habilidades y los intereses de los niños, observe en diferentes momentos del día y en otros entornos. Por ejemplo, observe a los niños:

- en diferentes entornos (en el interior y en el exterior) y en diferentes momentos del día (por la mañana y por la tarde);
- durante las rutinas (p. ej., durante las comidas, al cambiar los pañales y al ir al baño, durante la siesta y al vestirse, llegar y salir);
- al participar en experiencias de juego y pasar de un juego a otro;
- al interactuar con otros niños y adultos.

Elabore un plan para observar a cada niño regularmente (una vez al día o a la semana). Cuando utilice un método de observación que requiera retroceder durante un período para observar, como un registro continuo, coordine ese tiempo de observación con otro adulto para asegurarse de que los niños estén supervisados y se mantengan las proporciones entres docentes y niños.

Repita las observaciones con el tiempo. Una sola observación no proporciona suficiente información para determinar lo que un niño sabe y puede hacer por completo. Los comportamientos de los niños no siempre son coherentes. Muchos factores (como enfermedad, falta de sueño, hambre, cambios en la casa, cambios en la rutina, cambios de personal, el proceso de desarrollo) pueden influir en lo que los niños hacen y dicen de un día a otro, e incluso de una hora a otra. Por lo tanto, se necesitan varias observaciones.

Planificar las oportunidades de observación espontánea

Aunque esto pueda parecer una contradicción, no lo es. Muchas veces, los bebés y los niños pequeños hacen y dicen cosas nuevas e inesperadas. Estos comportamientos pueden producirse en momentos de observación no planificados. Cómo prepararse para la observación no planificada:

- Coloque los materiales para tomar notas (por ejemplo, instrumentos de escritura, fichas, notas adhesivas, etiquetas de correo, blocs de notas, portapapeles y hoja de papel) en lugares estratégicos de la sala, en el bolsillo de un delantal o en una bata.
- Asegúrese de que las cámaras y los dispositivos de grabación de audio y video funcionan, y están completamente cargados y a mano.[1]

Cuando haya completado su observación, destine tiempo a archivarla lo antes posible. Puede ser a la hora de la siesta, a la hora de la planificación, al principio o al final del día, o al final de cada semana. No espere demasiado. Las observaciones pueden acumularse rápido o pueden perderse durante un día o una semana de mucho trabajo.[2]

Referencias

[1] Head Start | ECLKC en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Child Screening & Assessment.Obtenido de Setting Up Systems for Ongoing Observations*:

[2] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlerses de dominio público.

29.6: Establecer sistemas de observación continua is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.7: Familia y observación

Colaboración con las familias

Hable con las familias sobre por qué y cómo se completan las observaciones en el programa. Proporcione información relevante –de forma oral como por escrito en las lenguas maternas de las familias– sobre el desarrollo del niño para que las familias puedan entender mejor lo que observan. Invítelos a compartir lo que observan sobre sus hijos de forma oral, mediante imágenes y fotografías, o por escrito (notas en diarios que van y vienen entre el hogar y el programa, correos electrónicos o intercambios de texto según lo permitan las políticas de comunicación del programa).[1]

Referencias

[1] Head Start | ECLKC en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Child Screening & Assessment. Obtenido de Setting Up Systems for Ongoing Observations*:

29.7: Familia y observación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.8: Conclusión

Conclusión del capítulo “Introducción a la observación”

Como cuidador intencional, deberá planificar observaciones sistemáticas para documentar las cualidades únicas de cada niño, sus intereses, sus puntos fuertes de desarrollo, sus necesidades, sus enfoques de aprendizaje y sus preferencias de juego. Al reunir las pruebas, deberá ser lo más objetivo posible, reconocer sus prejuicios y eliminarlos de sus observaciones.

29.8: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

29.9: Referencias

Cagliari, P. (2004). The Role of Observation, Interpretation and Documentation in Understanding Children's Learning Process. *Innovations in Early Education: the International Reggio Exchange*, *11*(4), 1–5.

Dichtelmiller, Margo L.; Laura Ensler. "Infant/Toddler Assessment: One Program's Experience." *Spotlight on Young Children and Assessment*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children (2004): 17–21

Head Start| ECLKC. (2021). *Look at Me! Using Focused Child Observation with Infants and Toddlers*. U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved January 29, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/video/...fants-toddlers.

Head Start| Early Childhood Learning & Knowledge Center (Ed.). (2020, April 10). Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers. Child Observation: The Heart of Individualizing Responsive Care for Infants and Toddlers. Retrieved January 29, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/child-...ndividualizing is in the public domain

Head Start | ECLKC under the U.S. Department of Health and Human Services. (2019, December 3). *Child Screening & Assessment*. Retrieved from Setting Up Systems for Ongoing Observations: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/child-...g-observations

Jablon, Judy R., Amy Laura Dombro, and Margo L. Dichtelmiller. *The Power of Observation for Birth Through Eight, 2nd Ed.* Washington, DC: Teaching Strategies and National Association for the Education of Young Children, 2007.

Johnson, Chris, & Affolter, M. (2017). Understanding Science. essay, Salt Lake City Community College. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

National Infant & Toddler Child Care Initiative. *Infant/Toddler Curriculum & Individualization*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2010.

National Infant & Toddler Child Care Initiative. *Infant/Toddler Development, Screening, and Assessment*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2010

National Science Foundation, Babies are Born Scientists (2012). Retrieved January 29, 2022, from https://www.nsf.gov/news/news_summ.jsp?cntn_id=125575.

"Observation." *Dictionary.com*. Accessed Feb. 19, 2019.

Peterson, G., & Elam, E. (2021). Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching. In *Observation and Assessment in Early Childhood Education*. essay. Retrieved January 29, 2022, from https://socialsci.libretexts.org/Boo...ional_Teaching. "Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching" is licensed under CC BY.

Stetson, Charlotte, Judy Jablon, and Amy Laura Dombro. Observation: The Key to Responsive Teaching Workbook with DVD. Washington, DC: Teaching Strategies, 2009.

29.9: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

30: Documentación

30.1: Introducción
30.2: Primeros pasos
30.3: Observación y documentación al participar
30.4: Tipos de documentación
30.5: Tecnología para la documentación
30.6: Conceptos clave al documentar
30.7: Guardar la documentación
30.8: Documentación y familias
30.9: Revisión y reflexión sobre la documentación
30.10: La documentación como una herramienta de planificación
30.11: Documentación para la evaluación
30.12: Conclusión
30.13: Referencias

30: Documentación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.1: Introducción

Introducción a la observación

Una de las bases del cuidado de primera calidad es el uso de la información que se recopila por medio de la observación y de la documentación a fin de evaluar el desarrollo de los bebés y de los niños pequeños y crear, así, un plan de estudios adecuado al desarrollo. Según la National Association for the Education of Young Children (NAEYC) en 2009, es necesario que exista un sistema organizado de recopilación de información para orientar las decisiones en el aula. La observación de los cuidadores y la documentación creada a partir de esto visibilizan el aprendizaje de los bebés y los niños pequeños (Rinaldi, 2001). Este concepto surgió por primera vez en las escuelas de Reggio Emilia (Italia). Mediante las notas descriptivas con detalles, fotos, grabaciones y dibujos, los cuidadores reflejan las ideas, las intenciones o los sentimientos de los bebés o de los niños pequeños mientras juegan. Cuando documentamos el aprendizaje de los bebés y de los niños pequeños y recopilamos objetos claves, creamos pruebas tangibles para compartir con ellos, con sus familias, son los administradores y con otras partes interesadas. Observarlos mientras juegan brinda mucha información sobre su proceso de recopilación de información y de comprensión del mundo. Rinaldi (1994, 59) explica que los bebés y los niños pequeños “nos piden que los escuchemos, que los observemos, que los contengamos y que los hagamos visibles”. Los cuidadores “los hacen visibles” al registrar lo que los ven hacer o decir, y luego al reflexionar e interpretar esas observaciones. Cuando los bebés y niños pequeños actúan para explorar diferentes posibilidades, están poniendo a prueba sus propias hipótesis (Gopnik, Meltzoff y Kuhl, 2000; Gopnik, 2009). Observar, reflexionar y documentar sus acciones o las explicaciones de un niño que habla nos abre una puerta a sus mentes curiosas y creativas.[1]

Referencias

[1] Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.

30.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.2: Primeros pasos

¿Por dónde empezar?

Existen muchas maneras de empezar a documentar las observaciones; no hay un único enfoque. Probar algunas estrategias de documentación puede ser útil, en especial si es la primera vez que lo hace. La estructura del programa y las preferencias individuales de los cuidadores pueden influir al elegir la estrategia de documentación más adecuada.

Tanto si se trata de una observación planificada como de una espontánea, es fundamental tener a mano las herramientas esenciales para que el proceso tenga éxito. En la medida de lo posible, tenga listos los siguientes elementos:

- ***Algo en lo que escribir:*** una hoja de papel, notas adhesivas, tarjetas con códigos de colores, un portapapeles o un cuaderno.
- ***Algo con lo que escribir:*** bolígrafos de color, marcadores Sharpie, etc.
- ***Algo con lo que grabar:*** una cámara de fotos, una cámara de video, una grabadora, etc.

El cuidador debe estar preparado para documentar a medida que ocurren los acontecimientos. Si tiene estos artículos en el bolsillo del delantal o si los ubica estratégicamente en el aula para acceder a ellos con rapidez, siempre tendrá a mano las herramientas útiles para documentar. [1]

Referencias

[1] Office of Child Care: Child Care Technical Assistance Network, Infant/Toddler Resource Guide: Planning for Infants and Toddlers. Observation, Documentation, and Reflection

30.2: Primeros pasos is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.3: Observación y documentación al participar

Estar presente

Uno de los desafíos más importantes para los cuidadores de bebés y niños pequeños es observar y registrar sus observaciones mientras los cuidan. Aprender a trabajar en este proceso requiere tiempo y un sistema de apoyo sólido. Los cuidadores pueden elaborar planes juntos para observar y registrar el comportamiento dentro del contexto de las rutinas y de las actividades diarias. Algunos cuidadores se turnan y otros colocan sistemas, como cámaras y tarjetas con notas alrededor de las zonas interiores y exteriores para poder tomar notas o fotos rápidas en el momento. Hay muchas maneras de participar y observar al mismo tiempo. Los bebés y los niños pequeños se acostumbran a que sus cuidadores tomen notas y fotos, y el proceso de observar y registrar el comportamiento se convierte en una parte habitual de las rutinas diarias. El proceso de documentación de los cuidadores que se ocupan a diario de bebés o niños pequeños es el más útil, porque el cuidador comprende el contexto completo, desde cómo durmió la noche anterior hasta sus intereses actuales. Los cuidadores que observan con regularidad tienen más posibilidades de proporcionar cuidados y educación que se relacionen con cada bebé y niño pequeño.[1]

Referencias

[1] The California Infant/Toddler Curriculum Framework del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso.

30.3: Observación y documentación al participar is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.4: Tipos de documentación

> *"Nosotros, como adultos, tenemos la necesidad de describir las cosas para poner en palabras y clasificar los tipos de comportamientos y dimensiones del conocimiento. Debemos ser capaces de hacerlo sin separar los hilos que los bebés han tejido" (Paola Cagliari).*

Explorar las opciones de documentación

Hay muchas formas de registrar y documentar el aprendizaje de los bebés y niños pequeños. Los cuidadores deben utilizar varios métodos como parte de sus rutinas habituales de documentación. Las herramientas y las estrategias que utilizan los cuidadores para documentar los obligan a tomar decisiones: deben dedicar tiempo a elegir conscientemente la mejor herramienta de documentación para ese comunicado. Los bebés y los niños pequeños tienen derecho a explicar su creatividad y su forma de ver el mundo, y los cuidadores deben respetar los diferentes procesos que ellos utilizan para construir su conocimiento, y deben elegir la documentación en función de esto. Es crucial que encuentren estrategias para comprender los procesos de exploración del conocimiento y sostenerlos, no sofocarlos (Cagliari, 2004).

Los siguientes métodos son los más comunes para recopilar y registrar información:

Métodos narrativos o abiertos

- Notas anecdóticas
- Registros continuos
- Registro diario
- Diario entre el hogar y la escuela

Métodos cerrados

- Listas de verificación
- Conteos de frecuencia
- Muestras de tiempo o de actividades

Documentación auténtica

- Muestras de trabajo
- Fotos, o grabaciones de video o de audio

Registros anecdóticos

Los registros anecdóticos (a veces denominados registros de muestras) detallan lo que hacen y dicen los bebés y los niños pequeños. Son notas breves que se centran en una actividad o en un incidente del día de un bebé o de un niño pequeño. La clave para llevar un registro anecdótico es concentrarse en un hecho o en una actividad en particular. Al crear un registro anecdótico, el ABC suele ser captar el principio, el medio y el final de una actividad en particular.

A = Antecedente: lo que sucedió antes del acontecimiento
B= Comportamiento: el comportamiento específico que se capta
C= Consecuencia: lo que sucedió después del comportamiento

Los registros anecdóticos ofrecen una oportunidad para conocer las acciones, las interacciones y las reacciones de un bebé o de un niño pequeño ante las personas y los acontecimientos. Cuando los cuidadores analizan posteriormente esta recopilación de narraciones, los registros anecdóticos pueden mostrar el progreso de un bebé o de un niño pequeño con el tiempo. (Universidad de Washington, Alianza EarlyEdU, 2020).

Registros continuos

El objetivo principal de los registros continuos es "obtener una narración detallada y objetiva del comportamiento sin inferencias, interpretaciones o evaluaciones" (Bentzen, 2009, p. 112). Los registros continuos incluyen muchos de los elementos de un registro anecdótico, pero van más allá de una narración específica. Los detalles que contiene un registro continuo se asemejan a una etnografía. Una etnografía es el estudio en profundidad de las prácticas cotidianas de la vida de las personas: muestra una

descripción detallada del grupo estudiado en un momento y lugar determinados. Estas descripciones documentan el comportamiento o el evento cultural en cuestión y el contexto en el que se produce (Scheib et al., 2021). Estos elementos también se pueden encontrar en un registro continuo. Las actitudes, las perspectivas y las motivaciones describen la situación por completo. Documentar una situación completa en un registro continuo requiere mucha más información que un registro anecdótico (Swim y Douville-Watson, 2011). Una buena documentación permite que quien la lee cierre los ojos y "vea" las imágenes en su mente tal y como se las describe en el registro continuo (Bentzen, 2009).

Este nivel de detalle también se aplica a los registros anecdóticos. Para completar un registro continuo, los cuidadores suelen programar un día, una hora y un entorno para observar a un bebé o a un niño pequeño en particular, o a un grupo. Aunque no es necesario, pueden elegir el objetivo, el motivo o el enfoque de la observación (p. ej., habilidades cognitivas, interacciones sociales o patrones de juego).[1]

Tanto en un registro anecdótico como en uno continuo, el cuidador puede crear dos categorías distintas en la documentación. Una categoría contiene la observación objetiva de los hechos, mientras que en la otra se registran las inferencias del cuidador. Las inferencias son las conclusiones que un observador extrae de la interpretación de observaciones objetivas (Wittmer y Petersen, 2010).

Registros diarios

En la mayoría de los programas para bebés y niños pequeños se crean registros diarios para cada uno de ellos. Estos registros suelen contener información, como la cantidad de comida y el horario en el que deben comer, las siestas y los cambios de pañal. También pueden incluir notas rápidas sobre los comportamientos fundamentales observados, una actividad en la que el bebé o el niño pequeño haya participado, o un resumen general de su día. Los registros diarios no son el lugar para incluir comentarios sobre las preocupaciones o los comportamientos problemáticos. Los comportamientos preocupantes se registran en otros medios de documentación y, si es necesario, se programa una conversación con la familia.

Diarios individuales y diarios entre el hogar y la escuela

El uso de diarios individuales es una gran práctica para crear registros coherentes y secuenciales de los acontecimientos, y el desarrollo de un bebé o de un niño pequeño. Los diarios personales pueden estar hechos de cualquier material, en general, se utilizan cuadernos de composición económicos.

Los cuidadores deben dedicar unos minutos al final de cada día a tomar notas sobre el bebé o el niño pequeño. Estas notas pueden recrear los registros diarios o incluir una descripción más detallada. No es necesario que los cuidadores incluyan sus registros en cada diario individual todos los días. Si le dedican unos minutos al final del día a documentar en unos cuantos diarios individuales, incluso los cuidadores más ocupados podrán crear una documentación muy valiosa para la evaluación y la elaboración del plan de estudios. Los diarios (y otras formas de documentación) también se pueden utilizar durante las reuniones entre la familia y el cuidador o se pueden llevar a la clase siguiente del bebé o del niño pequeño. Los diarios entre el hogar y la escuela contienen los mismos elementos que un diario individual, pero también funcionan como una herramienta de comunicación para intercambiar información entre la escuela y la familia. Todas las familias están invitadas a escribir y a responder a las observaciones o notas del cuidador (Swim & Douville-Watson, 2011). Los diarios entre el hogar y la escuela ayudan a fomentar la participación y la relación con aquellas familias que, de no ser así, no tendrían la oportunidad de participar en la guardería.

Listas de verificación y otras herramientas

Con las herramientas, como las listas de verificación y los conteos de frecuencias se puede registrar rápido la información sobre la aparición de comportamientos o habilidades específicas. Un aspecto importante de estas herramientas es que los comportamientos o las habilidades ya están identificados y definidos. Los cuidadores registran el comportamiento o la habilidad observada al utilizar marcas de verificación o conteos, o al anotar la fecha en que se observó (McAfee et al., 2016). Estas herramientas de documentación se clasifican como tipos cerrados porque no proporcionan ningún detalle de la observación y no deben utilizarse de forma exclusiva para elaborar el plan de estudios o para evaluar.

Paneles de documentación

Los paneles de documentación contienen fotos, transcripciones de conversaciones, notas de los cuidadores y objetos de un bebé o de un niño pequeño, o de un grupo de bebés y niños pequeños (Klien, 2008). Estos paneles van más allá de los tableros de anuncios o las exposiciones de arte, ya que funcionan como un tipo de comunicación intencional (Tarini, 1997). En estos paneles, se intenta

comunicar la complejidad de la experiencia de un bebé o de un niño pequeño y el aprendizaje que ocurre durante esas experiencias (Helm y Beneke, 2003).

Cuando los paneles de documentación se exponen a la altura de los ojos de los bebés y niños pequeños, ellos tienen la oportunidad de recordar su aprendizaje en un formato fácil de observar y proporciona indicaciones visuales para que los cuidadores tengan conversaciones para repasar la experiencia. Al observar la documentación, se impulsa la curiosidad y la confianza, ya que los bebés y los niños pequeños revisan su trabajo y contemplan sus logros (Malaguzzi, 1998). Un panel de documentación puede mostrar diversas interacciones: niño-niño, niño-adulto y niño-material (Klien, 2008). Al exponer artísticamente el contenido de un panel de documentación, se puede mostrar un archivo visual del aprendizaje de un bebé o de un niño pequeño para que los directores, los padres y los miembros de la comunidad puedan verlo fácilmente (Helm, Beneke y Steinheimer, 1998). Los paneles de documentación atraen a los padres a las aulas y sirven como un trampolín para las conversaciones (Saltz, 1997). Para los centros y las organizaciones de cuidado infantil familiar que utilizan un plan de estudios basado en proyectos, los paneles de documentación sirven como un espacio para transmitir las experiencias y el aprendizaje del bebé o del niño pequeño a lo largo del proyecto (Kline, 2008).

Los cuidadores pueden poner un conjunto de fotografías una al lado de la otra para mostrar una secuencia de acciones o experiencias de aprendizaje. Esta técnica demuestra una amplia gama de aprendizaje (por ejemplo, la comprensión de las rutinas por parte de un bebé y de un niño pequeño o el desarrollo de la motricidad fina). [2]

Qué incluir en los paneles de documentación:

- Fotos de bebés y niños pequeños demostrando la habilidad que usted está explicando
- Narraciones sobre las fotos
- Muestra de materiales utilizados
- Diagramas
- Procedimientos y procesos para la exploración del plan de estudios o del proyecto
- Relación con las medidas de evaluación, por ejemplo, las medidas del Perfil de desarrollo de resultados deseados (Desired Results Developmental Profile, DRDP)
- Frases de los niños

Al crear un tablero, piense en el público, ya que va a ser quien dicte el tipo de palabras e imágenes que se utilizan.

Referencias

[1] Peterson, G., & Elam, E. (2021). Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching. *Observation and Assessment in Early Childhood Education* se encuentra bajo licencia CC BY.

[2] El libro California Infant/Toddler Curriculum Framework del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso.

30.4: Tipos de documentación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.5: Tecnología para la documentación

Herramientas de trabajo

El uso de la tecnología en rutinas establecidas puede hacer que la recopilación de pruebas para la observación sea mucho más eficaz para los cuidadores que están ocupados. Las fotografías, los videos y las grabaciones de audio pueden captar de manera auténtica las exploraciones, las investigaciones, los juegos y las experiencias de aprendizaje de los bebés y de los niños pequeños en un momento real.

Con este tipo de documentación, los cuidadores pueden reproducir momentos vitales del día de un bebé o de un niño pequeño para observar interacciones específicas, patrones de juego, hitos del desarrollo, dificultades, logros y la forma en que resuelven los problemas. Los cuidadores también pueden escuchar el desarrollo del lenguaje al grabar las conversaciones de los bebés y de los niños pequeños con sus compañeros. Gracias a la tecnología, los cuidadores tienen la posibilidad de compartir documentación con los bebés y con los niños pequeños en sus aulas.

Existen muchas formas de incorporar la tecnología en el aula. Cada centro debe crear su propio protocolo, políticas y procedimientos en relación con el uso de la tecnología. Lo que está permitido y lo que no deben estar claramente especificados, y todos los adultos deben conocerlo. La tecnología permite compartir con facilidad las imágenes y los videos con las familias, pero algunos bebés y niños pequeños tienen una protección especial contra la transmisión o exhibición pública de sus imágenes. Las imágenes de bebés y niños pequeños en régimen de acogida, custodia protegida o que forman parte de familias más reservadas podrían tener limitaciones en cuanto al medio y al espacio en donde se comparten.

Aquí dejamos algunas sugerencias para integrar la tecnología en las prácticas de observación y documentación:

- Use una cámara, una computadora portátil, una tableta o un teléfono inteligente para registrar las observaciones y tomar fotos.
- Pídale a un niño pequeño que cuente una historia, y luego escríbala en una computadora o utilice una grabadora de audio.
- Escanee o haga copias de los trabajos del bebé o del niño pequeño, como dibujos o escritos, para crear una línea de tiempo visual que muestre el desarrollo de sus habilidades con el tiempo.
- Utilice el correo electrónico o una aplicación de comunicación para publicar las muestras de trabajo.
- Tome fotos de trabajos tridimensionales: por ejemplo, proyectos de carpintería, torres de bloques, castillos de arena y creaciones culinarias.

Utilice una cámara de video para documentar cómo progresan los bebés y los niños pequeños en sus hitos de desarrollo en cada ámbito. Por ejemplo, observe las interacciones lúdicas para seguir el desarrollo socioemocional.

Las cámaras y las grabadoras multimedia, que incluyen los teléfonos inteligentes y las tabletas, ofrecen formas rápidas y eficaces de documentar lo que dicen y hacen los bebés y los niños pequeños. Antes de comprar un dispositivo, tenga en cuenta lo siguiente:

- que la familia tenga acceso a la tecnología;
- la duración de los clips de audio y video: cuanto más largo sea el clip, más grande será el archivo (los archivos grandes ocupan gran parte del valioso espacio de almacenamiento);
- los clips de audio y video largos también requieren más tiempo para su revisión y análisis posterior;
- los siguientes costos:
    - compra de cámaras y grabadores,
    - equipos,
    - software para descargar, almacenar, reproducir e imprimir archivos, revelado de cintas (si no se utiliza una cámara digital),
    - mantenimiento (p. ej., baterías, reparación);
    - el tiempo para que otros cuidadores del programa aprendan y se formen en nuevas tecnologías. [1]

Ventajas y desventajas de la tecnología para la documentación

Ventajas

- Proporciona pruebas tangibles o visibles que los cuidadores pueden utilizar para hacer un seguimiento del aprendizaje,
- el crecimiento y el desarrollo del bebé o del niño pequeño con el tiempo.
- Hace que los padres disfruten al ver el trabajo exhibido.
- Captura documentación auténtica, que es ideal para la evaluación.
- Muestra a las familias cómo los bebés y los niños pequeños aprenden con el juego.

- Ayuda a los bebés y a los niños pequeños a compartir su visión sobre *cómo* crearon la muestra de trabajo y a ofrecer sus perspectivas sobre *lo que* estaban pensando (prueba auténtica).
- Hace que los bebés y los niños pequeños disfruten al ver su trabajo exhibido.
- Les brinda autonomía al confirmar que su trabajo es valorado.
- Permite observar con más facilidad a los bebés y a los niños pequeños en su entorno natural.

Desventajas

- Lleva mucho tiempo.
- Requiere un amplio espacio de almacenamiento.
- Exige una inversión financiera en tecnología (cámara, video o grabadora de audio).
- Puede traer preocupación por la confidencialidad y la privacidad al utilizar fotos, audios o videos.

Organizar la información con la tecnología

La información de las observaciones puede almacenarse fácilmente en una computadora, y cada bebé y niño pequeño puede tener su propia carpeta de trabajo digital o su carpeta de archivos. Algunos cuidadores utilizan una aplicación para organizar las pruebas de observación de manera formal. Hay escuelas que compran un programa que conecta a las familias con las observaciones diarias. Las pruebas de observación electrónicas también pueden gestionarse y almacenarse de la siguiente forma:

- Al escanear, imprimir y publicar fotos en el aula;
- Al crear presentaciones de fotos para las noches en familia o como salvapantallas.[2]

Al guardar las grabaciones, incluya la información pertinente para poder identificarlas (p. ej., la fecha y hora, el entorno, los nombres de los bebés, de los niños pequeños y de los adultos, la rutina o la experiencia de juego en la que se hizo la grabación). Esta información será importante a la hora de reflexionar sobre las observaciones de cada bebé o niño pequeño y al preparar los cuidados y los planes de estudios individualizados. Las fotos, los videos y los clips de audio son excelentes herramientas para mostrar a las familias lo que los bebés y los niños pequeños saben y hacen. [1]

Referencias

[1] Head Start | ECLKC en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2020. *Audio and Visual Recordings. Extraído de Child Screening & Assessment*
es de dominio público.

[2] Head Start | ECLKC en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (3 de diciembre de 2019). *Setting Up Systems for Ongoing Observations*. Extraído de Child Observation: The Heart of Individualizing Responsive Care for Infants and Toddlers es de dominio público.

30.5: Tecnología para la documentación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.6: Conceptos clave al documentar

Precisión y totalidad

¿Cuán importante es la precisión al observar y documentar? Si le pidieran que escriba algo que hizo ayer, ¿cuán bien recordaría los detalles de ese momento? ¿Y si hoy le pidieran que escriba un momento de hace una semana ? ¿Qué recuerdo tendría detalles más precisos? La mayoría de las personas respondería que registrar un recuerdo de ayer sería más preciso y detallado que algo de hace una semana. Sin embargo, muchos cuidadores intentan documentar las observaciones días o semanas después de una actividad. Los plazos previstos, como una reunión familiar o la fecha de entrega de una tarea, suelen ser los momentos en los que los cuidadores deben sentarse y documentar a partir de observaciones anteriores. Lamentablemente, esperar tanto tiempo para registrar la información hace que la precisión y la claridad disminuyan.

Avancemos más con este ejercicio. ¿Qué pasaría si tuviera que anotar una conversación de ayer? ¿De la semana pasada? ¿Del mes pasado? ¿Puede recordar los detalles de lo que dijo? ¿Qué recuerdo sería más preciso: el de ayer, el de la semana pasada o el del mes pasado? ¿Cuánto confía en la precisión de lo que se dijo?

Las notas de observación deben ser precisas, objetivas y fácticas. Deben incluir hechos y detalles sobre el orden en que se producen. Analice la siguiente historia sobre Gabriel (33 meses), que ocurre durante una visita a su hogar. Lea el intercambio completo:

> *"Gabriel y su madre están uno al lado del otro. Cada uno está construyendo una torre con grandes bloques de plástico. Gabriel construye su torre tan alta como él. Se choca contra la torre con el brazo. La torre se cae y derriba la torre de bloques que construyó su madre. Gabriel se ríe y salta mientras aplaude. Su madre se ríe, aplaude y abraza a Gabriel".*

Esto es lo que documentó el cuidador:

> *"Gabriel construye una torre tan alta como él con grandes bloques de plástico. Empieza a reírse, a dar saltos, a aplaudir y se choca con su torre, por lo que la derriba y hace que la de su madre también se caiga".*

Esta observación del cuidador no es precisa. Los hechos están desordenados (reírse, saltar, aplaudir y chocar contra su torre). También falta información (Gabriel y su madre están uno al lado del otro, cada uno está construyendo una torre, la madre de Gabriel se ríe, aplaude y abraza a Gabriel). La precisión es importante. Con el tiempo, la imprecisión en las notas de observación puede dar lugar a interpretaciones erróneas o a malentendidos sobre lo que puede hacer un bebé o un niño pequeño.

Aquí le damos otros consejos para redactar notas de observación precisas:

- Anote el nombre del bebé o del niño pequeño y el de la persona que realiza la observación.
- Anote la fecha y la hora de la observación, el entorno (p. ej., interior/exterior, rutina, experiencia de juego) y si hay otros bebés, niños pequeños o adultos involucrados.
- Utilice abreviaturas, frases cortas, símbolos, dibujos y otras formas breves para captar rápido la información.
- Utilice la ortografía fonética para captar las vocalizaciones (p. ej., buh-buh-buh-mmmm) y los intentos de palabras (p. ej., "po' favo" en lugar de "por favor").
- Observe con un compañero y luego compare las observaciones.[1]

Los cuidadores suelen documentar los comportamientos y luego olvidarse de lo que ocurrió antes (antecedente) y de lo que ocurrió después (consecuencia). Para registrar un acontecimiento completo, los cuidadores deben incluir el ABC:

- **Antecedentes:** los acontecimientos del entorno o los estímulos que desencadenan un comportamiento.
- **Comportamiento:** lo que la gente hace, dice, piensa o siente.
- **Consecuencia:** el resultado de un comportamiento. [2]

Unas palabras sobre la palabra “juego”

A los educadores les encanta la palabra “juego”, y tiene que ser una parte más significativa del vocabulario al enseñar y al planificar el día con un bebé o con un niño pequeño. Sin embargo, el juego casi nunca debe formar parte de la documentación. ¿Qué se le ocurre si le piden que describa a un bebé o a un niño pequeño mientras juega? Podría ser unos cuantos niños pequeños en el área sociodramática jugando a preparar la cena, un bebé o un niño pequeño cavando un agujero en el arenero, o un solo bebé apilando bloques u observando un trozo de tela. Si se utilizara la palabra “jugar” para documentar cada escena, la información se limitaría a “el niño jugó”, porque faltan los detalles. La palabra “jugar” puede considerarse una generalización, pero no brinda detalles acerca de la elaboración del plan de estudios o de la evaluación. Si un cuidador escribe: “Javier estaba jugando a la casita”, faltan muchos detalles para el análisis posterior.

Sin embargo, si escribe: “Javier agarró el bote con la mano izquierda. Tomó firmemente una cuchara de madera con la mano derecha y mezcló lento la sopa de mentira en círculos, en el sentido de las agujas del reloj. Sarina se acercó, le dio a Javier unas especias y le dijo: ‘Asegúrate de que la sopa tenga mejor sabor’”, ahí está incluyendo más detalles visuales e información para la evaluación o la elaboración del plan de estudios. La segunda afirmación resulta más eficaz porque detalla los comportamientos específicos que observó.

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers es de dominio público.

[2] Daffin, L. W. (2022). Módulo 5: Determining the ABCs of Behavior via a Functional Assessment. En *Principles of Behavior Analysis and Modification* (4.a ed.) con licencia CC BY NC SA.

30.6: Conceptos clave al documentar is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.7: Guardar la documentación

Para almacenar de forma segura los datos recogidos, los cuidadores necesitan un sistema organizado. Puede ser un archivador, una carpeta de acordeón o una carpeta de trabajo. No hay una solución universal para guardar la documentación, cada programa individual requiere su propio sistema.

Carpetas de trabajo

Los cuidadores suelen utilizar carpetas de trabajo individuales para guardar las pruebas de aprendizaje de los bebés o de los niños pequeños. Una carpeta de trabajo contiene notas, fotos y muestras de trabajo que demuestran la comprensión del bebé o del niño pequeño de conceptos y habilidades fundamentales.[1] Se pueden hacer con una carpeta, un cuaderno, una carpeta tipo acordeón o una caja de cartón. Las cajas de pizza sin usar con el nombre del bebé o del niño pequeño impreso en el borde son una forma fácil de recopilar la documentación para luego organizarla. Si se incluyen fechas específicas en los elementos de documentación, luego se pueden organizar de forma cronológica.

Un sistema de organización claro ayuda a seguir el progreso de cada bebé y niño pequeño a lo largo del año escolar. Tener fechas en cada documento sirve para no tener que ordenar los artículos perfectamente cuando hay poco tiempo. Los cuidadores pueden mirarlo más tarde y organizarlo cronológicamente. Las carpetas de trabajo les permiten armar una imagen completa y auténtica de cada bebé y niño pequeño de su clase. Conocer al bebé y al niño pequeño por completo ayuda a que los cuidadores aprovechen los intereses de cada uno y planifiquen actividades de acuerdo con su desarrollo.

Si utiliza carpetas, utilice un archivo individual para cada bebé y niño pequeño. Una carpeta bien organizada contiene observaciones y elementos del trabajo de los bebés y de los niños pequeños que se recopilaron en diferentes períodos a lo largo del año. Incluya la documentación para destacar cada dominio del desarrollo. Por ejemplo:

- **Motricidad gruesa:** incluya fotografías del bebé o del niño pequeño haciendo actividades al aire libre, como correr, saltar, trepar, andar en bicicleta o jugar en el arenero.
- **Motricidad fina:** utilice una lista de verificación u otro tipo de documentación para registrar el momento en el que el bebé o el niño pequeño aprende a abrocharse el botón, a subir/bajar la cremallera y a atarse los zapatos. Incluya muestras de trabajo en las que el niño haya recortado, coloreado y pintado.
- **Desarrollo socioemocional**: utilice registros anecdóticos o continuos del bebé o del niño pequeño donde esté participando en juegos abiertos y dirigidos por sus compañeros.
  - Observe cómo comparte, espera a su turno y coopera con los demás.
  - Utilice conteos de frecuencias y muestras de acontecimientos para ver en qué centros elige pasar su tiempo el bebé o el niño pequeño y para registrar los patrones de juego, es decir, para ver si prefieren jugar solos o con otras personas.
- **Desarrollo cognitivo:** haga un experimento científico y tome fotos.
  - Utilice una cámara de video para grabar al bebé o al niño pequeño mientras apila bloques. Registre todos los procesos que expliquen mientras construye.
- **Alfabetización y lenguaje oral:** guarde ejemplos de escritura para hacer un seguimiento.
  - Anote las frases en un registro anecdótico y continuo. Grabe las conversaciones durante el tiempo en ronda.
- **Expresión creativa**: grabe un video mientras participa en el área de juego dramático.
  - Grabe cómo baila al ritmo de la música (esto también puede ser una excelente documentación para el desarrollo motor).
  - Fotografíe una creación de arcilla, una pintura o una torre de bloques.

Las carpetas de trabajo cuentan la historia completa del bebé o del niño pequeño. Cada muestra de trabajo, nota anecdótica, lista de verificación, conteo de frecuencias y fotografía muestran cómo el bebé o el niño pequeño procesa la información, establece vínculos y aprende mientras juega.

Referencias

[1] Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.

30.7: Guardar la documentación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.8: Documentación y familias

Vínculos

La documentación no solo orienta la creación del plan de estudios y brinda pruebas del aprendizaje de un bebé o de un niño pequeño, sino que también ofrece una forma simple y eficaz de hacer que las familias participen del plan de aprendizaje de su hijo. Una nota, una foto o una muestra de trabajo invitan a las familias a interpretar las observaciones y la planificación reflexiva de los cuidadores. [1] Los cuidadores pueden combinar fotografías con notas para crear un libro de las experiencias de aprendizaje de un bebé o de un niño pequeño para compartirlo con su familia.

A las familias les gusta ver cómo su bebé o niño pequeño progresa, cómo interactúa con los demás y el tipo de actividades que realiza; y tienen derecho a formar parte del proceso que se da en la escuela (Cagliari, 2004). También son una fuente de información esencial durante el proceso de reflexión. Las familias pueden responder preguntas y ayudar a interpretar los comportamientos e interacciones del bebé o del niño pequeño. También pueden compartir lo que han observado en su casa y las estrategias que les funcionan. Al hacer que las familias participen en el análisis de la documentación, los familiares añadirán ideas y una perspectiva que, quizás, el cuidador no haya tenido en cuenta. [2] Compartir con frecuencia las observaciones y buscar activamente los aportes y perspectivas de la familia les da a los cuidadores una visión individual más completa del bebé o del niño pequeño. Al hablar sobre las observaciones por medio de la documentación, las familias tienen la oportunidad de colaborar o de tomar la iniciativa en el cuidado y la educación de su hijo. Compartir las reflexiones sobre lo que se observa en el bebé o en el niño pequeño ayuda a crear un entorno de respeto mutuo que presenta las necesidades del bebé, del niño y de la familia.[3]

El siguiente ejemplo extraído del volumen 3 del *California Preschool Curriculum Framework* (Departamento de Educación de California, 2013, 35) muestra cómo los cuidadores utilizan la documentación para invitar a las familias a colaborar en conjunto:

> *Durante la actividad de dibujo de rostros en grupos pequeños, Clayton estaba eligiendo lápices para el color de su piel cuando su madre llegó a recogerlo. Su madre se arrodilló cerca de la mesa mientras Connie leía lo que decía el lápiz de color que Clayton había elegido. "Este dice 'marrón siena'. ¿Qué te parece, Clayton?" – preguntó Connie mientras le acercaba la punta del lápiz al brazo–. "¿Es tu color?". Clayton le sonrió a su madre: "Soy marrón siena, mami. ¿Cuál quieres ser tú?". Unos minutos más tarde, cuando Clayton estaba sacando las cosas de su cubículo, su madre le contó a Connie lo mucho que le había gustado que eligieran su color de piel con Clayton. No sabía cómo hablar con Clayton sobre el color de la piel porque ella era de origen europeo-estadounidense y el padre de Clayton era afroamericano. La mayoría de sus familiares que vivían cerca eran blancos. Hablaron sobre la posibilidad de hacer una actividad en la próxima reunión de padres. Todos los padres podían explorar la variedad de lápices de colores en tonos piel e incluso mezclar diferentes tonos de plastilina casera que pudieran llevarse a casa para disfrutar con sus bebés y niños pequeños.*

Referencias

[1] Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.

[2] Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.

[3] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ECLKC, *Look at Me! Using Focused Child Observation with Infants and Toddlers*
es de dominio público.

30.8: Documentación y familias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.9: Revisión y reflexión sobre la documentación

Mirar hacia atrás

> *"La reflexión es un momento para ir más despacio, para ver lo que se puede aprender si nos tomamos el tiempo de observarnos y escucharnos con cuidado a nosotros mismos y a aquellas personas con las que trabajamos" (Parlakian, 2001, p. 16).*

Una vez que los cuidadores han observado y documentado los hechos sobre cada bebé y niño pequeño, deben hacer algo con esa información. Como parte de la evaluación continua, las personas encargadas del cuidado revisan los hechos y reflexionan sobre su significado. Al mirar las notas anecdóticas, las fotos, los videos y otras muestras, van construyendo historias que retratan el desarrollo de los bebés y de los niños pequeños que cuidan. Los cuidadores pueden revisar muchos documentos (grabaciones de video, notas, fotos, etc.) para profundizar su comprensión del bebé o del niño pequeño. Las notas de observación pueden servir para aclarar por qué un bebé o un niño pequeño está progresando tan rápido en un ámbito del desarrollo mientras sigue demostrando casi el mismo grado de competencia en otro ámbito. [1] Los cuidadores tienen en cuenta lo que dice la información acerca del desarrollo, de los intereses y de las necesidades del bebé o del niño pequeño. Las respuestas a estas preguntas llevan a una atención individualizada y a un plan de estudios de apoyo. [2]

A continuación, se mencionan algunas de las preguntas que se hacen los cuidadores al reflexionar sobre la documentación:

- ¿En qué habilidad o actividad del desarrollo parece que está trabajando el bebé o el niño pequeño?
- ¿Qué estrategias utiliza para jugar con los distintos elementos?
- ¿Hay alguna diferencia en la manera en la que el bebé o el niño pequeño se relaciona con los objetos o con las personas
- a como lo hacía hace un mes? ¿Qué ha cambiado? ¿Qué no ha cambiado?
- ¿Mis acciones y las de otros adultos que interactúan con el bebé o con el niño pequeño afectan los resultados de su experiencia? Si es así, ¿de qué manera?
- ¿Cómo se relaciona la información con los objetivos del bebé o del niño pequeño? ¿Cómo se relaciona con los objetivos de la familia?
- ¿Qué otra información necesito?
- ¿Qué preguntas tengo para la familia del bebé o del niño pequeño? [3]

Los cuidadores que se toman el tiempo para reflexionar sobre la documentación de sus observaciones descubren los gustos y disgustos del bebé o del niño pequeño, descubren lo que lo hace sentirse cómodo o incómodo y se dan cuenta de cómo aborda las tareas y las situaciones conocidas y desconocidas. Esta información les permite a los cuidadores observar y seguir las tendencias de crecimiento y desarrollo del bebé o del niño pequeño.

Durante el proceso de reflexión, es esencial interpretar el significado de sus comportamientos e interacciones. La observación continua y la reflexión sobre la documentación brindan información sobre cada bebé y niño pequeño, lo que profundiza la comprensión de los cuidadores sobre su desarrollo.

Reflexionar juntos

Las personas encargadas del cuidado comparten la documentación entre sí para profundizar en la comprensión de la forma de pensar y aprender del bebé o del niño pequeño. Interpretar sus pensamientos, sentimientos o ideas es esencial para reflexionar, y suele ser más eficaz si se hace en colaboración con otros educadores. [2] Cuando los cuidadores interpretan la documentación, el aprendizaje se hace explícito. Dado que la documentación visibiliza el aprendizaje, los cuidadores deben colaborar para interpretarlo (Cagliari, 2004).

Referencias

1. El libro California Infant/Toddler Curriculum Framework del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso.
2. Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.
3. El libro California Infant/Toddler Curriculum Framework del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso.

30.9: Revisión y reflexión sobre la documentación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.10: La documentación como una herramienta de planificación

Mirar hacia el futuro

Cuando los cuidadores observan, documentan e interpretan la documentación, generan ideas para ayudar a los bebés y niños pequeños a profundizar en su exploración. Al hacerlo, el bebé o el niño pequeño construye conceptos más complejos y coherentes y domina habilidades más difíciles. La planificación reflexiva comienza con la observación. La documentación sirve para guiar el plan de estudios y brinda pruebas de los conceptos y habilidades fundamentales que el bebé o niño pequeño está desarrollando.[1]

Referencias

[1] Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.

30.10: La documentación como una herramienta de planificación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.11: Documentación para la evaluación

Evaluación

La documentación proporciona pruebas que respaldan las evaluaciones de observación que llevan a cabo los cuidadores, que utilizan la documentación continua del aprendizaje de un bebé o de un niño pequeño para completar las herramientas de evaluación, como el DRDP. Una observación, una foto o una muestra de trabajo, acompañada de la interpretación del cuidador, tienen el potencial de revelar el progreso de un bebé o de un niño pequeño. Al tener en cuenta el aprendizaje integral de un bebé o de un niño pequeño, los cuidadores pueden interpretar una única pieza de documentación según varias perspectivas cuando completan una evaluación como el DRDP.[1]

Referencias

[1] Early Education and Support. Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning es de dominio público.

30.11: Documentación para la evaluación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.12: Conclusión

Conclusión del capítulo “Documentación”

A medida que los cuidadores reúnen y organizan la información que proviene de sus observaciones, comienzan a ver a cada bebé y niño pequeño como personas y como miembros de la comunidad del aula. Con esa información, un cuidador consciente puede establecer expectativas realistas de lo que un bebé o un niño pequeño puede hacer.[1]

Referencias

[1] Peterson, G., & Elam, E. (2021). Observation and Documentation - The Key to Intentional Teaching. *Observation and Assessment in Early Childhood Education* se encuentra bajo licencia CC BY.

30.12: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

30.13: Referencias

Bentzen (2009), Seeing Young Children: A Guide to Observing and Recording Behavior. Thomson Delmar Learning, Clifton Park, NY

California Department of Education. (2012). *Infant/Toddler Curriculum Framework.* Sacramento: California Department of Education. Retrieved from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...elines2019.pdf

Daffin, L. W. (2022). Module 5: Determining the ABCs of Behavior via a Functional Assessment . In *Principles of Behavior Analysis and Modification* (4th ed.). essay, Washington State University . Retrieved January 30, 2022, from https://opentext.wsu.edu/ldaffin/fro...er/title-page/. licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, except where otherwise noted.

Early Education and Support Division , The integrated nature of learning (2016). California Department of Education . Retrieved January 30, 2022, from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/documents/intnatureoflearning2016.pdf.

Early Education and Support. (F. Org, Ed.), Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning (2016). California Department of Education. Retrieved January 30, 2022, from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...arning2016.pdf.

Helm, J., & Beneke, S. (Eds.). (2003). The power of projects: Meeting contemporary challenges in early childhood classrooms. New York: Teacher's College Press.

Helm, J., Beneke, S., & Steinheimer, K. (1998). Windows on learning: Documenting young children's work. New York: Teacher's College Press.

Head Start | ECLKC under the U.S. Department of Health & Human Services, 2020. (2019, December 3). *Audio and Visual Recordings*. Retrieved from Child Screening & Assessment: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/child-...ual-recordings

Head Start | ECLKC under the U.S. Department of Health and Human Services. (2019, December 3). *Setting Up Systems for Ongoing Observations*. Retrieved from Child Observation: The Heart of Individualizing Responsive Care for Infants and Toddlers: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/child-...g-observations

Kline, L. S. (2008). Documentation panel: The "Making learning visible" project. *Journal of Early Childhood Teacher Education, 29*(1), 70–80. https://doi.org/10.1080/10901020701878685

McAfee, O., Leong, D. J., & Bodrova, E. (2016). Documenting: Recording Information. In Assessing and guiding young children's development and learning. essay, Pearson Education.

Malaguzzi, L. (1998). History, ideas and basic philosophy: An interview with Lella Gandini. In C. Edwards, L. Gandini, & G. Forman (Eds.), *The hundred languages of children: The Reggio Emilia approach advanced reflections* (2nd ed., pp. 49–97). Greenwich, CT: Ablex.

National Infant & Toddler Infant Care Initiative, *Infant/Toddler Curriculum*, 2)

Office of Child Care: Child Care Technical Assistance Network, Infant/Toddler Resource Guide: Planning for Infants and Toddlers. Observation, Documentation, and Reflection (2018). U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved January 30, 2022, from https://childcareta.acf.hhs.gov/infa...and-reflection.

Peterson & Elam, Chapter 9: Using Observation Methods, Tools and Techniques to Gather Evidence

Parlakian, R. (2001). *Look, listen, and learn: Reflective supervision and relationship-based work*. Washington, DC: Zero To Three.

Rinaldi, C. 1994. "Staff Development in Reggio Emilia." In Reflections on the Reggio Emilia Approach, edited by L. Katz and B. Cesarone. Perspectives from ERIC/ EECE: A Monograph Series, No. 6. Urbana, IL: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education.

Saltz, R. (1997). The Reggio Emilia influence at the University of Michigan-Dearborn Child Development Center: Challenges and change. In J. Hendrick (Ed.), *First steps toward teaching the Reggio way* (pp. 167–180). Columbus, OH: Merrill.

Scheib, C. (2021). ANTHROPOLOGIES DISTINCTIVE RESEARCH STRATEGY. essay. "Cultures of the World - Perspectives on Culture (Scheib)" by LibreTexts is licensed under CC BY-NC-SA.

Scheib, Crystal., Making the Strange Familiar and the Familiar Strange. (2021, July 22). https://socialsci.libretexts.org/@go/page/56388", licensed under CC BY-NC.

Tarini, E. (1997). Reflections on a year in Reggio Emilia: Key concepts in rethinking and learning the Reggio way. In J. Hendrick (Ed.), *First steps toward teaching the Reggio* (pp. 56–69).Columbus: OH.

University of Washington, EarlyEdU Alliance. (2020). Media, Modules, and More. *https://www.earlyedualliance.org/media-modules-and-more/*

30.13: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

31: Evaluación

31.1: Introducción
31.2: Objetivo de la evaluación
31.3: Fuentes de información
31.4: Tipos de evaluaciones más comunes
31.5: Evaluación de niños bilingües
31.6: Apoyo a la evaluación
31.7: Preocupaciones sobre la evaluación
31.8: Conclusión
31.9: Referencias

31: Evaluación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.1: Introducción

Introducción a la evaluación

Los cuidadores intencionales se involucran en un proceso continuo de observación, documentación, evaluación, reflexión, planificación e implementación de estrategias para proporcionar experiencias de aprendizaje individualizadas y adecuadas al desarrollo. En los programas para bebés y niños pequeños participa un número cada vez mayor de niños con diversos antecedentes, incluidos niños con discapacidades. La colaboración, el tiempo de reflexión, la planificación y la comunicación son esenciales para extender los beneficios del cuidado de alta calidad de los bebés y niños pequeños a todos los niños.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2015 *Infant/Toddler Curriculum Framework* del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

31.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.2: Objetivo de la evaluación

¿Por qué?

En los entornos de la primera infancia, la evaluación es el proceso de obtener información sobre diversas áreas del desarrollo, el aprendizaje y el progreso de los niños. La evaluación continua ayuda a las familias y a los cuidadores a saber cómo progresa el niño y ayuda a los maestros a establecer objetivos y planificar experiencias para el programa. Como parte del compromiso con la mejora continua de la calidad, los programas evalúan el progreso del desarrollo y el aprendizaje de los bebés y niños pequeños. [1]Los cuidadores deben comprender los diversos enfoques de evaluación, los propósitos, los usos, los beneficios y las limitaciones.[2]

Los cuidadores utilizan las evaluaciones con diversos fines (Snow y Van Hemel, 2008). En los *Principles and Recommendations for Early Childhood Assessments* (*National Education Goals Panel*, 1998), se establecieron cuatro grandes objetivos para la evaluación de la primera infancia: [1]

- Promover el aprendizaje y el desarrollo de cada niño.
- Identificar a los niños que puedan tener retrasos, discapacidades o problemas de salud.
- Controlar las tendencias de los programas y evaluar su eficacia.
- Obtener datos de referencia para la rendición de cuentas a nivel local, estatal y nacional.

Aunque una evaluación única y fácil de administrar puede ofrecer cierta información sobre el desarrollo de los niños, es mejor utilizar una variedad de instrumentos y métodos a lo largo del tiempo para obtener un panorama más completo del desarrollo.[1]

Control del desarrollo

Los cuidadores suelen ser los principales responsables de recoger información sobre el aprendizaje y el desarrollo de los niños. La evaluación continua proporciona información sobre el progreso de los niños y orienta las experiencias de aprendizaje.[1]

Los cuidadores deben añadir regularmente anécdotas, fotos y muestras al archivo o expediente del niño: esto proporciona una base para evaluar el progreso del desarrollo de cada bebé o niño pequeño. Estos elementos proporcionan pruebas e información para completar posteriormente las evaluaciones formales, que producen perfiles del progreso del desarrollo de cada niño. Las evaluaciones para el control del desarrollo deben realizarse de forma regular, por ejemplo, cada 4 o 6 meses. El diseño de un calendario para cada niño o centro ayuda a garantizar que este tipo de evaluación se produzca con regularidad. [3]

Los perfiles de evaluación ofrecen a los cuidadores una orientación general para apoyar a cada bebé o niño pequeño a lo largo de semanas y meses; ayudan al cuidador a ser sensible a los siguientes pasos en el desarrollo de cada niño y a planificar en consecuencia.[3]

Detección

La evaluación del desarrollo de los niños ayuda a los cuidadores y a los familiares a identificar a los niños que necesitan una remisión para una evaluación más profunda. La importancia de recopilar información de múltiples fuentes se aplica a todos los niños, pero es fundamental cuando se evalúan niños con discapacidades u otros retrasos. La evaluación periódica del desarrollo de los niños proporciona una base firme para remitirlos si se sospecha que existe un retraso o una discapacidad.[1]

En el caso de los niños que reciben servicios de otras fuentes (como la terapia a través del seguro o la educación especial a través de un Plan individual de servicios para la familia [*Individual Family Services Plan*, IFSP]), usted deberá trabajar con los miembros de la familia para recabar la opinión de los profesionales de servicios especializados. El profesional del servicio especializado puede enviar informes o hablar directamente con los cuidadores con el permiso de las familias. Las pruebas de desarrollo exhaustivas, como las Escalas Bayley de desarrollo del bebé y el niño pequeño y las Escalas Mullen de aprendizaje temprano, suelen considerarse el estándar de oro en la evaluación del desarrollo de los bebés y los niños pequeños (Walder, 2009). Estas pruebas ofrecen información completa sobre el estado de desarrollo actual del niño, se administran directamente con él y ofrecen puntuaciones para las áreas evaluadas (Albers, 2006).

Los enfoques más breves de las evaluaciones del desarrollo suelen funcionar como instrumentos de detección diseñados para identificar a los niños con retrasos en el desarrollo que requieren una evaluación adicional (Rydez, 2005). Los instrumentos de cribado diferirán en cuanto a si se basan en la evaluación directa con el niño o en informes secundarios (Fernald, et al., 2009; Macy, 2012; Kvestad et al., 2013).

Plan de estudios

La preparación del plan de estudios requiere que los cuidadores reflexionen sobre el aprendizaje de los niños y planifiquen estrategias que fomenten su progreso en la adquisición de conocimientos y el dominio de habilidades.[3] Las evaluaciones ofrecen información a los maestros que planifican entornos de aprendizaje adecuados y cuándo o cómo ofrecer materiales atractivos a los niños. La evaluación para la preparación del plan de estudios, la planificación del entorno y otras experiencias de aprendizaje temprano son esenciales para garantizar programas de cuidado y aprendizaje temprano de alta calidad. [1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

[2] Head Start| Early Childhood Learning & Knowledge Center (Ed.) Child observation: *The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers* es de dominio público

[3] Departamento de Educación de California, 2015 *Infant/Toddler Curriculum Framework*, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso

31.2: Objetivo de la evaluación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.3: Fuentes de información

De dónde obtenemos la información

Para comprender plenamente el desarrollo de un niño, los cuidadores necesitan información procedente de muchas fuentes: observaciones del maestro, informes de los padres, muestras de trabajo (o fotografías de muestras) y evaluación directa (Snow y Van Hemel, 2008). La recopilación de información de múltiples fuentes aporta una visión equilibrada, reduce las posibilidades de subestimar las capacidades de los niños y proporciona al cuidador una base para aprovechar las fortalezas del niño.

Los programas deben articular claramente cómo se utilizan los métodos de evaluación para informar la toma de decisiones, la planificación y la evaluación del programa. Las políticas y prácticas de evaluación deben garantizar la confidencialidad y proteger la privacidad de los niños y las familias. También deben existir políticas y procedimientos bien entendidos para colaborar con proveedores de servicios especializados, como los de intervención temprana. Al considerar las fuentes de información con fines de evaluación, el empleo de diversos métodos e instrumentos permite a los cuidadores comprender y documentar de forma regular y coherente lo que hacen los niños, tanto individualmente como en grupo.

Evaluación basada en la observación y la documentación

La detección, las observaciones y la documentación frecuente son métodos esenciales que los maestros utilizan para comprender a los niños de forma individual y en grupo. Las observaciones que hacen los maestros al interactuar con los bebés informan el proceso de evaluación.[1] La documentación proporciona pruebas que respaldan las evaluaciones de los bebés y niños pequeños realizadas por los cuidadores, y herramientas como el Perfil de desarrollo de resultados deseados (*Desired Results Developmental Profile*, DRDP) permiten a los cuidadores utilizar la documentación continua del aprendizaje de un bebé o niño pequeño en las evaluaciones. Una observación, una foto o una muestra de trabajo, acompañada de la interpretación del cuidador, puede revelar pruebas del progreso de un bebé o niño pequeño. Teniendo en cuenta la naturaleza integrada del aprendizaje de los bebés/niños pequeños, los cuidadores pueden interpretar un documento a través de varias perspectivas al completar un instrumento de evaluación como el DRDP (CDE, 2016). Por ejemplo, una maestra puede observar que cuando saca un pañal limpio durante un cambio de pañales, el niño deja de moverse y señala el pañal hasta que la maestra dice la palabra "*diaper*", y entonces el niño sonríe y hace el sonido "*di*". Esta observación podría utilizarse para que la maestra determine si el niño se encuentra en el nivel de desarrollo "Actuar con propósito" de las medidas de "Comunicación y lenguaje" del DRDP.[1]

Evaluación auténtica

Llevar a cabo una evaluación auténtica significa elegir herramientas de evaluación que reflejen las experiencias cotidianas y reales de los niños pequeños (McAfee, Leong y Bedrova, 2004). La evaluación auténtica revela los conocimientos y las habilidades de los niños pequeños cuando participan de forma natural en el aprendizaje en el programa y en el hogar. En el caso de los niños bilingües que suelen utilizar su lengua materna para comunicarse, la evaluación auténtica debe incluir la evaluación en su lengua materna y en inglés (*State Advisory Council on Early Learning and Care* 2013, Documento 5 [Evaluación]). Cuando la evaluación es una práctica continua, los maestros y los administradores del programa pueden realizar adaptaciones educativas eficaces que se basan en los conocimientos previos de los niños y apoyan el nuevo aprendizaje de cada uno de ellos.[2]

Al utilizar la observación como método de evaluación, los maestros deben hacer lo siguiente:

- Observar el comportamiento de los bebés y niños pequeños durante todo el día.
- Observar a los niños cuando están solos, con sus compañeros, con los miembros de la familia y con los maestros. Incorporar los procesos de observación y evaluación en las rutinas y actividades diarias.
- Revisar la herramienta de evaluación regularmente y tener en cuenta los ejes de desarrollo mientras observan el comportamiento.
- Mantener conversaciones con los niños pequeños sobre sus experiencias y su trabajo.
- Escuchar sus pensamientos e ideas y formular preguntas que animen a los niños de más edad a describir su forma de pensar y de resolver problemas.
- Estudiar el trabajo de los niños de más edad (proyectos, dibujos, construcciones, etc.) como parte de la recopilación de información sobre su desarrollo.
- Buscar un lugar tranquilo y reservar un tiempo para reflexionar sobre la documentación y los datos de la evaluación.
- Completar las evaluaciones periódicas de cada niño utilizando una herramienta/un proceso de evaluación identificados, y continuar el proceso de observación, documentación y reflexión.

- Seguir el progreso del desarrollo de cada niño a lo largo del tiempo.
- Resumir los datos de la evaluación de cada niño de forma que pueda utilizarse fácilmente para la preparación del plan de estudios.
- Incluir a los miembros de la familia en el proceso de evaluación continua.

Colaboración con las familias en el proceso de evaluación

Los familiares deben participar en la documentación del aprendizaje y el desarrollo de sus hijos; pueden revisar los registros de evaluación con los maestros y los responsables del programa, y planificar experiencias de aprendizaje basadas en la información de la evaluación. Los miembros de la familia deben estar plenamente informados y ser conscientes de las diferentes evaluaciones que se realizan en el entorno de cuidado del bebé y del niño pequeño. Busque información de los miembros de la familia sobre el comportamiento del niño en casa y en otros lugares fuera del programa para bebés y niños pequeños. Colabore con los miembros de la familia para aclarar las diferencias de observación o interpretación. Si los cuidadores no hablan la lengua materna del niño, recurra a la ayuda de intérpretes o traductores que hablen la lengua de la familia. Cuando se reúna con la familia, proporcione ejemplos concretos de la conducta o actividad evaluada para favorecer la comprensión y la claridad.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2015 *Infant/Toddler Curriculum Framework*, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso

[2] Head Start| Early Childhood Learning & Knowledge Center (Ed.) Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers es de dominio público

31.3: Fuentes de información is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.4: Tipos de evaluaciones más comunes

Los cuidadores deben analizar y seleccionar evaluaciones de observación infantil fiables, válidas y de diseño universal. Las evaluaciones deben ser apropiadas para el desarrollo, tener en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas, y cubrir plenamente las diversas necesidades de aprendizaje de los niños con discapacidades u otros retrasos. En el nivel de bebés y niños pequeños, las evaluaciones deben tener un alcance amplio, que incluya los conocimientos, las habilidades, los comportamientos, los temperamentos y la salud de los niños.[1]

Edades y etapas

El Cuestionario de edades y etapas, tercera edición (*Ages and Stages Questionnaire, Third edition*, ASQ-3) es una herramienta de detección ampliamente utilizada en el desarrollo de bebés y niños pequeños que evalúa el desarrollo en 5 dominios: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y ámbito social personal (Squire et al., 2009). Las áreas de desarrollo cubiertas por esta herramienta de detección incluyen la autorregulación, el cumplimiento, la comunicación, el funcionamiento adaptativo, la autonomía, el afecto y la interacción con las personas.[2] El sistema ASQ es inicialmente un cuestionario completado por los padres, pero también puede ser completado por un profesional que interactúe con el niño (Kvestad *et al., 2013).* El ASQ-3 proporciona una oportunidad para abordar las preocupaciones de los padres, educarlos en el desarrollo del niño y capacitarlos para abogar por sus hijos. Identifica a los niños con riesgo de sufrir posibles retrasos en el desarrollo, detecta los puntos fuertes y las necesidades del niño, y puede utilizarse para predecir futuros problemas escolares.[2]

Los informes de los padres suponen un riesgo de inexactitud o de exageración respecto al desarrollo del niño (Fernald et al., 2009). Sin embargo, el sistema ASQ se desarrolla y se basa en la convicción de que las familias pueden proporcionar información para una evaluación adecuada de sus hijos. Por ejemplo, un estudio en el que se compara la cumplimentación del ASQ por parte de padres con ingresos bajos y medios en EE. UU., seguida de una evaluación posterior mediante las Escalas Bayley de desarrollo del bebé y el niño, no muestra diferencias en la precisión de la puntuación en los dos grupos de padres. Estos resultados apoyan la idea de que la cumplimentación de los cuestionarios de desarrollo infantil por parte de los padres proporciona datos fiables en los grupos de alto riesgo. (Squires et al., 1998; Kvestad et al., 2013).

Perfil de desarrollo (DRDP)

El Perfil de desarrollo de resultados deseados (DRDP) para bebés y niños pequeños consta de 29 incisos divididos en 5 dominios, que cubren los enfoques del aprendizaje/autorregulación, el desarrollo socioemocional, el lenguaje y la alfabetización, la cognición y el desarrollo físico. El DRDP ayuda a los educadores de la primera infancia a observar, documentar y reflexionar sobre el progreso del desarrollo de cada niño. El sistema de evaluación de Resultados deseados documenta los progresos realizados por los niños y las familias para alcanzar los resultados deseados y proporciona información para ayudar a los profesionales a mejorar los servicios de cuidado y desarrollo infantil.[1] A medida que los maestros se familiarizan con el DRDP, descubren que pueden utilizar sus observaciones diarias para completarlo sin tener que dedicar tiempo a los formularios.[3]

Escala de calificación del ambiente

La Escala de calificación del ambiente (*Environment Rating Scale*, ERS) evalúa la calidad del entorno de aprendizaje. Los maestros utilizan la ERS para evaluar la calidad de las interacciones, el espacio, el horario y los materiales que proporcionan a su grupo de niños. La ERS se completa, se resume, se analiza y se tiene en cuenta en los planes de mejora del programa una vez al año. Los maestros combinan la información obtenida de la ERS con otras fuentes para la planificación a largo plazo y la mejora continua del programa.[3]La ERS tiene una larga historia de uso en todo el mundo: el primer uso de la ERS original en Estados Unidos se remonta a hace más de 30 años (Harms y Clifford, 1983). La ERS se desarrolló para evaluar la calidad del proceso en los centros de atención de la primera infancia. La calidad del proceso se refiere a las experiencias de los niños dentro del entorno del centro de cuidado, incluyendo sus interacciones con los demás, los materiales y las actividades (Phillipsen et al., 1997). Se evalúa principalmente a través de la observación y es más predictivo de los resultados de los niños que los indicadores estructurales de calidad (como la proporción de personal por niño, el tamaño del grupo, el coste del cuidado y el tipo de cuidado) (Whitebook et al. 1989).[4]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

[2] Ministry of Children and Family Development: British Columbia. *Ages & stages questionnaire. Early Years Professional Development* con licencia CC BY

[3] Departamento de Educación de California, 2015 *Infant/Toddler Curriculum Framework*, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso

[4] Vermeer, H.J., van IJzendoorn, M.H., Cárcamo, R.A. *et al* Quality of Child Care Using the Environment Rating Scales: *A Meta-Analysis of International Studies* tiene licencia CC BY

31.4: Tipos de evaluaciones más comunes is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.5: Evaluación de niños bilingües

Idioma y evaluación

Dado que los niños bilingües desarrollan sus conocimientos sobre el mundo en dos idiomas, sus destrezas y habilidades se distribuyen en ambas lenguas. Por lo tanto, las evaluaciones realizadas en un solo idioma arrojarán información incompleta y no permitirán a los cuidadores abordar las áreas en las que se debe apoyar o construir el crecimiento. El reciente informe de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (*National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, NASEM) lo confirma en su conclusión: “Durante los primeros 5 años de vida, los bebés, los niños pequeños y los preescolares requieren una exploración del desarrollo, una observación y una evaluación continua en ambos idiomas para apoyar la planificación de interacciones y actividades individualizadas que favorezcan su desarrollo óptimo”. (NASEM, 2017, 423). Identificar el estado del lenguaje del niño es crucial porque constituye la base para desarrollar un aprendizaje y un cuidado tempranos adecuados.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

31.5: Evaluación de niños bilingües is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.6: Apoyo a la evaluación

Evaluación en el aula

Los programas para bebés y niños pequeños que apoyan la enseñanza y el cuidado intencionales asignan tiempo en los horarios de los maestros para la reflexión y la planificación individual y en equipo.[1] Los programas que apoyan la evaluación proporcionan el tiempo y el espacio adecuados para que los miembros de la familia y los cuidadores reflexionen individualmente, así como para que consulten con los codocentes los datos de la observación y la evaluación. Este tiempo y espacio para reflexionar debe estar separado física y emocionalmente del cuidado de los niños.[2]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2015 *Infant/Toddler Curriculum Framework*, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso

[2] Departamento de Educación de California, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

31.6: Apoyo a la evaluación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.7: Preocupaciones sobre la evaluación

Esté atento....

Los sistemas de evaluación informados contribuyen a la calidad general de un programa para bebés y niños pequeños al proporcionar a los maestros y a las familias información valiosa sobre lo que los niños saben y pueden hacer. Sin embargo, cuando los sistemas de evaluación no tienen en cuenta la adecuación al desarrollo o no son sensibles a las diversas necesidades de aprendizaje de cada niño o grupos de niños, se corre el riesgo de incomodar a los niños o de generar información insuficiente e inexacta. Uno de los supuestos más importantes en los que se basa la evaluación eficaz de los niños pequeños es que su desarrollo es continuo y complejo.[1]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

31.7: Preocupaciones sobre la evaluación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.8: Conclusión

Conclusión sobre la evaluación

La detección, la observación y la documentación son procesos de evaluación para recopilar, interpretar, aplicar y compartir información basada en las experiencias previas de los niños. Son herramientas esenciales para comprender a los niños individualmente y en grupo y para planificar los entornos, el plan de estudios y otras experiencias de aprendizaje. [1]Con el apoyo adecuado, los maestros pueden crecer profesionalmente a través de un proceso de aprendizaje continuo y explorar formas de responder a los intereses y necesidades de aprendizaje de los niños pequeños. [2]

Referencias

[1] Departamento de Educación de California, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, segunda edición, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso.

[2]Departamento de Educación de California, 2015 *Infant/Toddler Curriculum Framework*, del Departamento de Educación de California es utilizado con permiso

31.8: Conclusión is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

31.9: Referencias

Albers CA, Grieve AJ: Test review: Bayley, N. (2006). Bayley scales of infant and toddler development–third edition. San Antonio, TX: Harcourt assessment. J Psychoedu Assess. 2007, 25 (2): 180-10.1177/0734282906297199.

California Department of Education, 2015 Infant/Toddler Curriculum Framework by the California Department of Education is used with Permission

California Department of Education, 2019 Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition by the California Department of Education is used with permission

California Department of Education: Early Education and Support. (F. Org, Ed.), Best Practices for Planning Curriculum for Young Children: The integrated nature of learning (2016). California Department of Education. Retrieved January 30, 2022, from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...arning2016.pdf.

Fernald LCH, Kariger P, Engle P, Raikes A: Examining early child development in low-income countries. 2009, Washington DC: The World Bank

Head Start| Early Childhood Learning & Knowledge Center (Ed.). (2020, April 10). Child observation: The heart of individualizing responsive care for infants and toddlers. Child Observation: The Heart of Individualizing Responsive Care for Infants and Toddlers. Retrieved January 29, 2022, from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/child-...ndividualizing is in the public domain

Kvestad, I., Taneja, S., Kumar, T. *et al.* The assessment of developmental status using the Ages and Stages questionnaire-3 in nutritional research in north Indian young children. *Nutr J* **12,** 50 (2013). https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-50

McAfee, O., Leong, D. J., & Bodrova, E. (2016). Documenting: Recording Information. In Assessing and guiding young children's development and learning. essay, Pearson Education.

Ministry of Children and Family Development: British Columbia. (2017, January 24). *Ages & stages questionnaire*. Early Years Professional Development. Retrieved February 12, 2022, from https://earlyyearsbc.ca/events/ages-...questionnaire/ Except where otherwise noted, content on this site is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

National Education Goals Panel. 1998. Principles and Recommendations for Early Childhood Assessments. Washington, DC: The National Education Goals Panel. https://govinfo. library.unt.edu/negp/reports/prinrec.pdf

Rydz D, Shevell MI, Majnemer A, Oskoui M: Topical review: developmental screening. J Child Neurol. 2005, 20 (1): 4-21. 10.1177/08830738050200010201.

Snow, C. E., and S. B. Van Hemel. 2008. Early Childhood Assessment: Why, What, and How? Washington, DC: National Research Council of the National Academies.

Walder DJ, Sherman JC, Pulsifer MB: Neurodevelopmental assessment. Evidence –Based Practice in Inant and Early Childhood Psychology. Edited by: Mowder BA, Rubinson F, Yasik AE. 2009, Hoboken: John Wiley & Sons, Inc, 167-205.

Vermeer, H.J., van IJzendoorn, M.H., Cárcamo, R.A. *et al.* Quality of Child Care Using the Environment Rating Scales: A Meta-Analysis of International Studies. *IJEC* **48,** 33–60 (2016). https://doi.org/10.1007/s13158-015-0154-9 This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/),

31.9: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

32: Introducción al plan de estudios

32.1: Introducción

32.2: Conceptos fundamentales del plan de estudios para bebés y niños pequeños

32.2.1: Relaciones y plan de estudios

32.2.2: Temperamento y plan de estudios

32.2.3: Juego y plan de estudios

32.2.4: Rutinas y plan de estudios

32.2.5: Plan de estudios y entorno

32.2.6: El plan de estudios como experiencia

32.3: Plan de estudios para uno- individualizar el plan de estudios

32.4: Referencias

32: Introducción al plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.1: Introducción

Introducción al plan de estudios

En el centro del plan de estudios de la primera infancia está el niño que depende de los adultos para apoyar y nutrir la exploración y el aprendizaje. Un plan de estudios adecuado para bebés y niños pequeños proporciona orientación y estrategias para apoyar el desarrollo y el aprendizaje, al participar en interacciones receptivas para construir relaciones y asociarse con las familias. Es fundamental tener en cuenta cómo es el aprendizaje en la mente de los bebés y los niños pequeños. Los niños desde el nacimiento hasta los 5 años no construyen ni adquieren sus conocimientos y habilidades en categorías específicas de un dominio a la vez. Se relacionan con cada experiencia de aprendizaje como una experiencia completa. Atraviesan de forma natural los límites de los dominios y construyen simultáneamente conceptos relacionados con el desarrollo socioemocional, la ciencia, las matemáticas, el lenguaje, las ciencias sociales, las artes, el desarrollo físico y la salud.[1]

Un buen plan de estudios deja las decisiones sobre cómo manejar esto al cuidador que lo aplica. Cuando se trata de un plan de estudios, los cuidadores deben hacer lo siguiente:

- Tener espacio para descubrir el “currículo individual” de un bebé o niño pequeño (por ejemplo, sus intereses, motivaciones y necesidades). Elegir y ofrecer experiencias que se ajusten a los intereses y al nivel de desarrollo del niño (o del pequeño grupo de niños).
- Aprovechar todo lo que ocurre como una oportunidad de aprendizaje, tanto planificada/intencional como espontánea. Crear entornos que reflejen a los niños y a las familias atendidas en el programa.

Un plan de estudios receptivo, basado en las relaciones, apoya las oportunidades iniciadas por el niño para individualizar dentro del plan de estudios elegido o creado

Referencias

[1] División de Educación y Apoyo Temprano, Departamento de Educación de California. (2016). BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning

32.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2: Conceptos fundamentales del plan de estudios para bebés y niños pequeños

¿Qué es lo más importante?

Antes de explorar el desarrollo de los planes de estudios, es esencial comprender el pensamiento en torno a los bebés y niños pequeños. La mayoría de los cuidadores no discuten los derechos fundamentales de los niños, y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño creó 54 artículos relacionados con estos derechos. Los cuidadores que trabajan con niños deberían tener especialmente en cuenta los siguientes tres artículos de la versión para niños del documento (UNICEF, 2009).

> *Artículo 3. Interés superior del niño*
>
> *Cuando los adultos toman decisiones, deben pensar en cómo sus decisiones afectarán a los niños. Todos los adultos deben hacer lo mejor para los niños. Los gobiernos deben asegurarse de que los niños estén protegidos y atendidos por sus padres u otras personas cuando sea necesario. Los gobiernos deben asegurarse de que las personas y los lugares responsables de cuidar a los niños hagan un buen trabajo.*

> *Artículo 29. Objetivos de la educación*
>
> *La educación de los niños debe ayudarles a desarrollar plenamente su personalidad, sus talentos y sus capacidades. Debe enseñarles a comprender sus propios derechos y a respetar los derechos, las culturas y las diferencias de los demás. Debe ayudarles a vivir en paz y a proteger el medio ambiente.*

> *Artículo 31. Descanso, juego, cultura, arte*
>
> *Todos los niños tienen derecho a descansar, relajarse, jugar y participar en actividades culturales y creativas.*

Como cuidadores de niños pequeños, nuestras creencias sobre los niños influyen en el trato que les damos, en los cuidados que les proporcionamos y en el plan de estudios que elegimos o creamos. ¿Coincide su opinión sobre la capacidad de los bebés y niños pequeños con la de Jerome Bruner cuando dice que “el niño no es un mero ignorante o un recipiente vacío, sino alguien capaz de razonar, de dar sentido, tanto por sí mismo como a través del discurso con los demás” (Bruner, 1996)? ¿O tiene otra creencia estructural que lo guiará a la hora de crear el plan de estudios?

32.2: Conceptos fundamentales del plan de estudios para bebés y niños pequeños is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2.1: Relaciones y plan de estudios

Comencemos por las relaciones

Las interacciones cotidianas con los bebés y niños pequeños constituyen la base de una atención de calidad. Solo en el contexto de unas relaciones seguras y enriquecedoras con los padres, los miembros de la familia y otros adultos que se preocupan por ellos se produce un desarrollo y un aprendizaje saludables para los bebés y niños pequeños. Los bebés están programados biológicamente para esperar que las personas de su mundo los cuiden, los protejan y lo hagan de forma cariñosa (Shonkoff & Phillips, 2000). La individualización de la atención y el plan de estudios implica la adaptación a las necesidades de cada niño. No hay dos bebés o niños pequeños iguales; cada niño es único, lo que hace que un plan de estudios, una experiencia o una interacción de “talla única” no se ajuste a todos los bebés y niños pequeños. La creación de un plan de estudios a medida requiere la observación, el compromiso con las familias y el conocimiento del desarrollo infantil. Este conocimiento guía la forma en que los cuidadores interactúan y responden. Los cuidadores leen las señales de cada niño y reaccionan de forma enriquecedora. También tienen en cuenta las características individuales, como la edad, las capacidades, las necesidades y los intereses del niño, así como su temperamento, la lengua materna y la cultura familiar.

32.2.1: Relaciones y plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2.2: Temperamento y plan de estudios

Diferencias individuales

Entender las diferencias únicas de cada bebé y niño pequeño ayuda a los cuidadores a establecer relaciones con ellos y a interactuar de forma que se satisfagan las necesidades de cada niño. Una de estas diferencias individuales es el temperamento. El temperamento se refiere a los “estilos” de comportamiento con los que nacen los niños y describe cómo se acercan y reaccionan al mundo.[1] El temperamento es crucial porque afecta a la forma en que los bebés y niños pequeños interpretan y responden al mundo que los rodea. A la hora de preparar y aplicar el plan de estudios para niños individuales o en grupo, los cuidadores deben tener en cuenta el temperamento de los bebés y niños pequeños. Cuando se planifica algo desordenado o ruidoso en donde está presente un niño que tarda en adaptarse, ¿cómo proporcionará el cuidador estructuras de apoyo afectuosas y respetuosas que le permitan participar en el plan de estudios sin sentirse abrumado?



Figura 32.2.2.1: Los cuidados primarios pueden ayudar a la exploración sensorial de los niños con temperamento más reacio. ([2])

En la Figura 32.2.2.1, la relación entre el niño y el cuidador primario proporciona consuelo para que el niño con un temperamento más reacio pueda seguir participando en la experiencia.

Referencias y Fuente de Figuras

[1] Culture and Psychology de L D Worthy; T Lavigne; and F Romero tiene licencia CC BY-NC-SA

[1] Imagen de Amanda Taintor con licencia CC BY-NC

32.2.2: Temperamento y plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2.3: Juego y plan de estudios

La importancia del juego

Los científicos que estudian cómo piensan y sienten los bebés suelen describirlos como pequeños científicos: al igual que sus homólogos adultos, los bebés experimentan e investigan constantemente para averiguar cosas. (Gopnik, Kuhl y Meltzoff, The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn, 1999). Los bebés se pasan el día recopilando y organizando activamente información sobre cómo son los objetos y las personas, y gran parte de este descubrimiento lo hacen jugando. Según Gopnik, Meltzoff y Kuhl (2000), los bebés construyen activamente el conocimiento mientras interactúan con el mundo que los rodea. Prueban diversas formas de actuar sobre objetos y materiales y, al hacerlo, experimentan y construyen conceptos e ideas.

A principios del siglo XX, científicos y teóricos —como Jean Piaget y Lev Vygotsky— desarrollaron teorías muy estudiadas para explicar cómo los bebés adquieren conocimientos. Sus teorías son habituales en muchas otras áreas de estudio de la primera infancia. [1]

En la mayoría de estas teorías, los bebés construyen activamente conceptos y desarrollan habilidades mediante la interacción con objetos y personas, lo que suele ocurrir en el contexto del juego. El conjunto de investigaciones sobre el desarrollo de la mente de los niños pequeños contribuye a nuestra comprensión de la enseñanza y la preparación del plan de estudios de los niños. Los estudios demuestran que los bebés están muy motivados para explorar nuevos materiales y asumir nuevos retos (Bowman, Donovan y Burns, 2000). Los momentos que a menudo se descartan como “solo juego” o como “jugueteo” son momentos en los que los bebés están aprendiendo activamente (Hirsh-Pasek et al., 2009; Jones y Reynolds, 2011; Zigler, Singer y Bishop-Josef, 2004; Elkind, 2007). Mientras juegan, los niños exploran las propiedades físicas de los materiales y las posibilidades de acción, transformación o representación.[2] Capturar estos momentos de juego a través de la documentación y vincularlos a las áreas de desarrollo ayuda a otras partes interesadas a comprender la importancia del juego en el desarrollo y como parte integral del plan de estudios.[3]

Referencias

[1] Cómo aprenden los niños pequeños: lo que la ciencia revela se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o conservada por Jennifer Paris, Kristin Beeve y Clint Springer.

[2] División de Educación Temprana y Apoyo, Departamento de Educación de California. (2016). *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning* is used with permission.

[3] Cómo aprenden los niños pequeños: lo que la ciencia revela se comparte bajo una licencia CC BY y fue escrita, combinada o conservada por Jennifer Paris, Kristin Beeve y Clint Springer.

32.2.3: Juego y plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2.4: Rutinas y plan de estudios

La importancia de las rutinas

Las rutinas de cuidado (llegada y salida, alimentación, comidas y tentempiés, cambio de pañales y aseo, vestimenta y siesta) proporcionan un marco para el día del bebé y del niño pequeño. Durante la atención rutinaria se produce una cantidad significativa de individualización del plan de estudios. Las rutinas ofrecen a los cuidadores muchas oportunidades para observar y comprender las formas y preferencias de cada niño y apoyar su desarrollo. Durante la atención rutinaria, los bebés y los niños pequeños disfrutan de la atención exclusiva de los adultos, ya que la atención se centra en satisfacer las necesidades de los niños y en conocerlos. Al aprovechar estas oportunidades para establecer relaciones con cada bebé y niño pequeño, los cuidadores fomentan el apego y la confianza con los bebés o niños pequeños a su cargo. Estos hitos del desarrollo de la confianza y las relaciones son fundamentales para que los niños se sientan seguros y estén dispuestos a explorar a las personas y los objetos de su entorno: un alto nivel de confianza es necesario para que los bebés y niños pequeños participen plenamente en el programa de estudios ofrecido.[1]

Referencias

[1] Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families , ECLKC Early Head *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1*. Es de dominio público

32.2.4: Rutinas y plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2.5: Plan de estudios y entorno

Impacto del entorno

El entorno tiene una alta prioridad cuando se trata del plan de estudios para bebés y niños pequeños. De hecho, el entorno es una parte tan importante del plan de estudios que Loris Malaguzzi, fundador de los centros preescolares municipales de Reggio Emilia (Italia), definió como el tercer maestro (BIERMEIER, 2015). Piense en cómo se disponen los materiales dentro de cada área de un espacio: la exposición de los materiales al nivel de los bebés y niños pequeños los hace fácilmente accesibles, apoya la exploración independiente y permite al cuidador seguir el liderazgo de los niños mientras crean su propio plan de estudios. Es útil proporcionar varios tipos de los mismos materiales para que varios niños puedan jugar sin turnarse, minimizando los conflictos. Sin embargo, es esencial evitar ofrecer demasiados materiales, ya que una sala abarrotada puede abrumar a los niños y crear también problemas de gestión del aula. La rotación periódica de los materiales crea un equilibrio entre los materiales conocidos y los nuevos, lo que ayuda a los bebés y niños pequeños a mantener el interés y disfrutar de los retos adecuados para su edad. (Proveedores de cuidado de bebés y niños pequeños | Sistema de formación y asistencia técnica para la primera infancia (hhs.gov))

32.2.5: Plan de estudios y entorno is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.2.6: El plan de estudios como experiencia

¿Experiencias o actividades?

Las investigaciones demuestran que “gran parte de la forma en que los bebés y niños pequeños aprenden mejor no proviene de lecciones específicas dirigidas por los adultos, sino de que [los adultos] sepan maximizar las oportunidades para que cada niño utilice sus inclinaciones naturales de aprendizaje” (Lally, 2000). Estas oportunidades o experiencias pueden establecerse de forma planificada y con un propósito concreto, o producirse en el momento en que los adultos siguen el ejemplo del niño y aprovechan los momentos en los que pueden enseñar. Estos momentos suelen producirse durante los cuidados rutinarios, razón por la cual las rutinas constituyen el núcleo de muchos planes de estudios de los programas para bebés y niños pequeños.

Las experiencias para bebés y niños pequeños comparten algunos elementos comunes, independientemente del tipo de atención:

- Se centran en la forma en que los niños se relacionan con los materiales, los adultos y entre ellos.
- Se basan en el nivel de desarrollo y los intereses de cada niño.
- Apoyan el desarrollo y el aprendizaje de los niños en todos los ámbitos.

Los cuidadores suelen organizar las experiencias en torno a lo siguiente: Historias y libros

- Juguetes y material de motricidad gruesa
- Artes creativas, como la música, el movimiento y los materiales artísticos
- Imitación y simulación
- Exploración sensorial (por ejemplo, arena, agua, degustación y preparación de alimentos)
- Juego y exploración al aire libre

Los cuidadores pueden ofrecer experiencias individuales a niños concretos; también pueden proporcionar experiencias a un pequeño grupo de niños, ofreciendo atención y apoyo individualizados durante la experiencia de grupo.

La clave del éxito de las experiencias, ya sean planificadas o espontáneas, individuales o con un grupo pequeño, es tener un profundo conocimiento y comprensión de cada niño y familia. Este conocimiento hace que las experiencias sean significativas y relevantes para el desarrollo y el aprendizaje del niño, y es el resultado de las observaciones continuas, la evaluación y el compromiso con las familias.[1]

Planificar y llevar a cabo experiencias adecuadas para bebés y niños pequeños puede ser a veces un reto. Incluso cuando las experiencias se basan en los intereses, capacidades y necesidades del niño, este puede no responder como se espera. Es posible que los cuidadores no estén seguros de qué hacer cuando esto ocurre. Planificar experiencias significa “planificar posibilidades”. Esta idea es fundamental para equilibrar la planificación con la flexibilidad necesaria para el éxito del cuidado de los bebés y niños pequeños. Los planes son útiles porque permiten a los cuidadores mantenerse organizados y centrados. Sin embargo, los bebés y niños pequeños son imprevisibles; los cuidadores a menudo deben modificar una experiencia o abandonarla y probarla en otro momento u otro día. Es más importante seguir las indicaciones del niño que ceñirse a la experiencia prevista. Además, es posible que la familia de un niño no se sienta cómoda con una experiencia ofrecida debido a sus creencias, valores o situaciones de vida. Las experiencias desprolijas, como pintar y jugar con agua o arena, y salir al exterior (especialmente si hay viento o hace frío) son ejemplos de experiencias a las que las familias pueden oponerse.[1] Incluir a las familias en el proceso de planificación y darles a conocer la filosofía del centro puede ser útil para evitar posibles conflictos.

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ECLKC *Individualizing Care for Infants and Toddlers - Part 2 es de dominio público*

32.2.6: El plan de estudios como experiencia is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.3: Plan de estudios para uno- individualizar el plan de estudios

Individualización del plan de estudios

Las interacciones, las rutinas, los cronogramas diarios, las experiencias y los entornos planificados que tienen en cuenta la cultura, el idioma y los objetivos de las familias para sus hijos “apoyan adecuadamente el desarrollo de cada niño a su ritmo único”.[1]

Este desarrollo es una parte necesaria del trayecto del niño hacia la preparación escolar. Los cuidadores observan, documentan, reflexionan, interpretan, planifican, aplican y evalúan para individualizar los cuidados que responden a cada bebé, niño pequeño y familia. El proceso se ilustra como un ciclo en la figura siguiente.

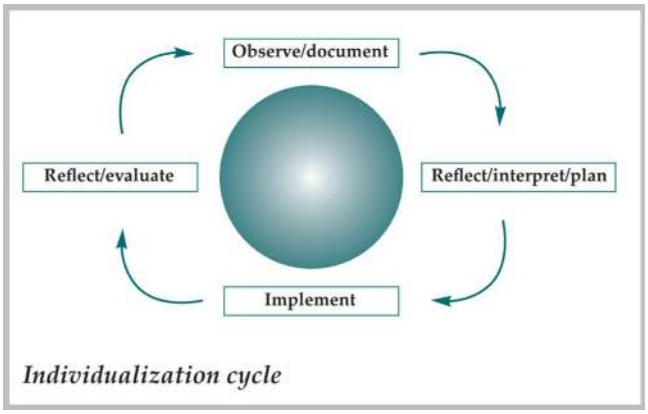


Figura 32.3.1: El ciclo de individualización del plan de estudios. ([1])

[1] Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families , ECLKC Early Head *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1*. Es de dominio público

32.3: Plan de estudios para uno- individualizar el plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

32.4: Referencias

BIERMEIER, M. A. (2015). Inspired by Reggio Emilia: Emergent Curriculum in Relationship-Driven Learning Environments. *Young Children, 70*(5).

Bruner, J. (1996). *The culture of education.* Cambridge, MA: Harvard University Press .

California Department of Education. (n.d.). *Infant/Toddler Curriculum Framework.* Sacramento: California Department of Education. Retrieved from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...elines2019.pdf

Early Education and Support Division, California Department of Education. (2016). *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning* . Sacramento: Department of Education.

Early Head Start National Resource Center and revised by the National Center on Early Childhood Development, Teaching, and Learning in collaboration with the Office of Head Start. (2018). *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Star. Retrieved from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...rs-part-01.pdf

Early Head Start National Resource Center in collaboration with the Office of Head Start. (2014). *Individualizing Care for Infants and Toddlers – Part 2 • TA Paper 17.* Washington, DC: Early Head Start National Resource Center at ZERO TO THREE. Retrieved from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...rs-part-02.pdf

Early Learning and Care Division, California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education.

Edwards, C., & Gandini, L. (Eds.). (2001). *Bambini: The Italian approach to infant/toddler care.* New York: Teachers College Press .

Gopnik, A. (2009). *The Philosophical Baby: What Children's Minds Tell Us About Truth, Love, and the Meaning of Life.* New York: Farrar, Straus, and Giroux.

Gopnik, A., Kuhl, P. K., & Meltzoff, A. N. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn.* William Morrow & Co.

Hirsh-Pasek, , K., Golinkoff, M. R., Berk, L. E., & Singer, D. G. (2009). *A Mandate for Playful Learning in Preschool: Presenting the Evidence.* . New York: Oxford University Press.

Honig, A. (1996). Methal health for babies: what do theory and research tell us? *Young Children, 48*(3), 69-76.

Lally, J. R. (2000). *"Infants Have Their Own Curriculum: A Responsive Approach to Curriculum Planning for Infants and Toddlers," in Curriculum in Head Start.* U.S. Department of Health and Human Services/Administration on Children and Families/Administration for Children, Youth and Families. Washington, DC: Head Start Bureau.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From nuerons to neighborhoods: The science of early development.* Washington, DC: National Academy Press.

UNICEF. (2009). Convention on teh Rights of the Child: Children's Version. Retrieved December 15, 2021, from https://www.unicef.org/child-rights-...ldrens-version

32.4: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

33: Elaboración de un plan de estudios

33.1: Introducción
33.2: Reflexiones, interpretación y planificación
33.3: Plan de estudios receptivo
33.4: Cómo involucrar a los bebés y niños pequeños en la planificación
33.5: Planificación holística
33.6: Interpretación para la planificación
33.7: Referencias

33: Elaboración de un plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.1: Introducción

Cómo empezar

La creación de un plan de estudios receptivo e individualizado comienza con la observación de cada niño: al observar y escuchar para descubrir cómo los bebés dan sentido activamente a sus encuentros cotidianos con las personas y los objetos, al documentar las observaciones y conectar con la familia de cada niño para compartir información.[1] Cuando los cuidadores observan y escuchan intencionadamente, los bebés y niños pequeños revelan pistas sobre su pensamiento, sus sentimientos o sus intenciones. Las acciones, los gestos y las palabras de los niños ilustran lo que intentan averiguar o cómo dan sentido a los atributos, las acciones y las respuestas de las personas y los objetos.[2] A través de la documentación, los cuidadores hacen visibles las formas de aprendizaje de los bebés y niños pequeños. La preparación del plan de estudios para bebés y niños pequeños comienza con el descubrimiento por parte de los cuidadores, mediante la escucha atenta y la observación diaria, de los intereses, las capacidades y las necesidades de cada bebé.[3] Las observaciones escritas de los juegos e interacciones de los bebés y niños pequeños revelan las habilidades e ideas emergentes. A medida que los cuidadores observan, descubren formas de ampliar las experiencias de aprendizaje para ayudar al bebé a construir ideas más complejas y coherentes. Las reflexiones de los cuidadores sobre un bebé individual favorecen una revisión posterior sobre los intereses, conceptos y habilidades emergentes de otro bebé del grupo pequeño.[3]

Las notas anecdóticas o las fotos permiten reflexionar sobre las experiencias de aprendizaje de los bebés y niños pequeños. La documentación ayuda a los cuidadores a planificar cómo ampliar, expandir y añadir complejidad al aprendizaje de los bebés a través del plan de estudios ofrecido.

Al dedicar tiempo para revisar y reflexionar sobre el comportamiento, el temperamento, los intereses de aprendizaje, el perfil de desarrollo y las necesidades de cada bebé, los cuidadores profundizan en su comprensión y apreciación de cada uno de ellos. Esta reflexión también ofrece a los cuidadores ideas para apoyar el aprendizaje y el desarrollo, responder a los intereses de los bebés, ampliar sus ideas y hacerlos participar en la planificación de experiencias de aprendizaje (Departamento de Educación de California).

La recopilación de artefactos para la documentación, incluidas las muestras del trabajo de un bebé y otros materiales relacionados con él, sirve de base para los planes de estudios. Por ejemplo, una cuidadora observa que un bebé empieza a ponerse de pie con apoyo y documenta el comportamiento con una foto.

La cuidadora, basándose en sus conocimientos sobre el desarrollo de los bebés, sabe que el siguiente paso en el desarrollo motor del bebé será el *cruising*—marchar de un lugar a otro estando de pie y sujetándose a algo como apoyo. Como resultado de la documentación de la cuidadora, ella sabe que debe modificar el entorno para incluir soportes en los que el bebé pueda apoyarse para ponerse de pie y caminar con apoyo. Al reflexionar sobre la documentación, la cuidadora notará otros niños que podrían beneficiarse de las modificaciones del entorno. El plan de estudios para el bebé se convierte en un tiempo y un espacio diseñados intencionadamente para que el bebé participe en los cambios del entorno a medida que se revela su desarrollo físico. A medida que los cuidadores observan, reflexionan y documentan, se vuelven más atentos y receptivos al desarrollo continuo de cada bebé. Los cuidadores deben planificar experiencias que apoyen el aprendizaje y el desarrollo del bebé/niño pequeño en todos los ámbitos y áreas de contenido.[3]

Referencias

[1] Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración para Niños y Familias, ECLKC Early Head *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1* Es de dominio público

[2] División de Educación Temprana y Apoyo, Departamento de Educación de California. *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning.* se utiliza con permiso.

[3] The California Infant/Toddler Curriculum Framework por el Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

33.1: Introducción is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.2: Reflexiones, interpretación y planificación

El proceso

Para que la enseñanza a los bebés y niños pequeños sea eficaz, es necesario que los cuidadores reconozcan cómo los bebés buscan activamente el significado. Cuando los cuidadores ven la enseñanza desde esta perspectiva, los niños se convierten en participantes activos en la negociación del curso de su plan de estudios.[1] Una vez que los cuidadores reúnen documentación objetiva, pueden reflexionar sobre la información de forma individual, con sus compañeros de trabajo y con la familia del niño. Al dedicar tiempo a reflexionar e interpretar lo que significan los datos, los cuidadores adquieren una comprensión más profunda de los procesos individuales de desarrollo, el comportamiento, el temperamento, los intereses y los retos. Este proceso de reflexión e interpretación hace que los cuidadores lleguen a conclusiones que les ayudan a individualizar la planificación.[2]

Cómo reflexionar e interpretar: Una mirada más profunda

La reflexión consiste en revisar la documentación y hacer preguntas sobre lo que los datos dicen del bebé.

Petersen y Wittmer han sugerido algunas preguntas que los cuidadores pueden utilizar para reflexionar sobre lo que pueden significar los comportamientos de los niños:

- ¿Qué experimenta el niño?
- ¿Qué piensa el niño?
- ¿Cuál es el comportamiento y cuándo, dónde y con quién se produce?
- ¿Qué deseos o necesidades comunica el niño?
- ¿Cuál es el objetivo del comportamiento del niño?
- ¿Cuál es el significado del comportamiento del niño?
- ¿Qué queremos la familia y yo que el niño haga/aprenda/sienta?

La interpretación del comportamiento observado implica hacer conjeturas sobre lo que la información recogida revela sobre el niño. Cuando los cuidadores reflexionan e interpretan, revisan la documentación que han recopilado, incluyen sus conocimientos sobre el desarrollo y toman decisiones informadas sobre los siguientes pasos que apoyan el desarrollo y el aprendizaje.

Referencias

[1] División de Apoyo y Educación Temprana, Departamento de Educación de California. *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning.* se utiliza con permiso.

[2] Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families , ECLKC Early Head *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1*. Es de dominio público

33.2: Reflexiones, interpretación y planificación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.3: Plan de estudios receptivo

Plan de estudios “en el momento”

Los cuidadores, sin saberlo, interpretan de forma receptiva a través de los cuidados que prestan. Responder al comportamiento de los bebés y niños pequeños en el momento ayuda al desarrollo y al aprendizaje. Estas interpretaciones inmediatas e informales se basan en los conocimientos de cada niño, así como en los conocimientos profesionales y la experiencia del cuidador. Este tipo de plan de estudios no requiere planificación, sino que se apoya en la base de conocimientos del cuidador. Cuando un cuidador ha dedicado tiempo a reflexionar sobre la documentación y a estudiar el desarrollo infantil, la interpretación receptiva para apoyar el desarrollo es el plan de estudios apropiado para el desarrollo.

33.3: Plan de estudios receptivo is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.4: Cómo involucrar a los bebés y niños pequeños en la planificación

Es un esfuerzo grupal

Una parte adicional de la preparación y aplicación del plan de estudios se produce cuando los cuidadores comparten su documentación con los niños pequeños, creando oportunidades para que el niño participe en la reflexión sobre las ideas y los problemas que están explorando o han explorado previamente. La reflexión sobre la documentación por parte de los cuidadores, las familias y los niños sirve de trampolín para explorar más profundamente los temas que despiertan el interés del niño. Aunque pueda sonar extraño, documentar la reflexión sobre la documentación proporciona datos para la oferta curricular posterior. Al hablar de la documentación con los niños pequeños, observe cuándo se interesan y anote cualquier pregunta o comentario que hagan. Cuando los niños hablan de la documentación fotográfica, también revelan información sobre su desarrollo cognitivo, socioemocional y lingüístico. La documentación proporciona información esencial para la evaluación posterior, pero también permite conocer los intereses del niño y orientar a los cuidadores hacia las ofertas curriculares posteriores.[1]

Referencias

[1] The California Infant/Toddler Curriculum Framework del Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

33.4: Cómo involucrar a los bebés y niños pequeños en la planificación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.5: Planificación holística

Recordar al niño en su totalidad

Los bebés utilizan continuamente todos sus sentidos y competencias para relacionar las nuevas experiencias con las anteriores y para comprender y crear significado. Los niños aprenden todo el tiempo de formas diferentes e integradas. Por ejemplo, durante la lectura de libros, los niños utilizan sus conocimientos y capacidades cognitivas, su comprensión del lenguaje, sus habilidades físicas y sus experiencias en casa y en la comunidad para establecer nuevas conexiones y ampliar su conocimiento de sí mismos y del mundo. Los bebés y los niños pequeños están constantemente moviéndose, pensando, comunicando y sintiendo: su aprendizaje está integrado en todos los ámbitos y se produce casi en cada momento del día.[1]

Participación de las familias en el plan de estudios

Las familias que confían sus bebés al cuidado y la orientación de los cuidadores también se convierten en participantes activos en el proceso curricular. La participación compartida de todos en la creación de experiencias de aprendizaje permite un intercambio dinámico de información e ideas: de niño a adulto, de adulto a niño, de adulto a adulto y de niño a niño. La perspectiva de cada uno (bebé, familia, cuidador) informa al otro, y cada uno aprende del otro. Cada relación (el bebé con la familia, el bebé con el cuidador, el bebé con el bebé y la familia con el cuidador) es recíproca. Cada participante da, recibe y añade al aprendizaje y la comprensión del otro.[2]

Los cuidadores deben explicar a las familias sus principios de preparación curricular basados en la observación, la documentación, la interpretación, la reflexión, la planificación y la aplicación; también deben aclarar los objetivos y las características del plan de estudios utilizado en el entorno de aprendizaje. Este paso no debe pasarse por alto ni omitirse en el proceso curricular. Consiga el apoyo de intérpretes o traductores si es necesario. Otras formas de incluir a las familias en el proceso curricular:

- Involucrar a las familias en debates sobre el papel de la observación, la documentación, la interpretación y la reflexión en la planificación. Sintetizar la información recopilada a través del proceso de observación (incluidas las aportaciones de las familias) en la planificación para los bebés individuales y en grupo, teniendo en cuenta las diversas experiencias culturales y lingüísticas.
- Pedir ideas a las familias para alcanzar los objetivos de aprendizaje y desarrollo de los niños. Estas ideas deben informar la planificación de las actividades, las experiencias, las interacciones y la selección de materiales para los espacios interiores y exteriores.
- Compartir materiales de aprendizaje con las familias y explicarles cómo aprenden sus hijos cuando se involucran con esos materiales y experiencias. Incluir a las familias en la preparación y aplicación del plan de estudios.
- Compartir con las familias las observaciones sobre sus bebés de manera objetiva, oportuna, privada y confidencial en el lenguaje más cómodo para ellas. Solicitar la ayuda de un intérprete o traductor si es necesario. [3]

Los planes también presentan oportunidades para fortalecer las relaciones entre los programas y las familias y las familias de acogida. A través de la fase de planificación, los cuidadores pueden comunicarse y colaborar con los padres. Los planes se comparten para informar sobre los cambios y reforzar las relaciones con las familias. La comunicación sobre las experiencias curriculares planificadas aumenta el sentimiento de inclusión de los padres en el programa y les proporciona oportunidades para comunicarse sobre su hijo. Los padres también pueden estar interesados en conocer los cambios en el comportamiento de su bebé debido a las adaptaciones del programa. Compartir los planes puede ser una manera de que los cuidadores y las familias se unan, aumentando su sentido de asociación en la experiencia de ver crecer y desarrollarse a un bebé.[3]

Utilización de la tecnología en la preparación del plan de estudios

Los programas mejoran el plan de estudios cuando ayudan a los cuidadores a seleccionar, utilizar e integrar la tecnología adecuada en las experiencias cotidianas. La tecnología en el entorno de los bebés/niños pequeños puede apoyar el aprendizaje de diferentes maneras. El uso de la tecnología en un programa debe ser coherente con los principios generales del plan de estudios establecido por el programa. La tecnología funciona como una herramienta importante para introducir o diseñar adaptaciones que respondan a las necesidades, intereses y capacidades individuales del niño, especialmente de los niños con discapacidades u otros retrasos. Además, puede ser utilizada por los cuidadores para documentar el aprendizaje y el desarrollo de los bebés y niños pequeños. Utilice la tecnología para documentar el aprendizaje y apoyar los objetivos del plan de estudios. Colabore con los especialistas en intervención temprana para familiarizarse con cualquier dispositivo de tecnología de asistencia que utilice un bebé debido a una

discapacidad u otro retraso. Utilice la tecnología con los niños pequeños de mayor edad para que participen e interactúen conjuntamente en torno a las fotos y otros documentos de su aprendizaje.[3]

Necesidades especiales y planificación curricular

Para los niños con discapacidades u otros retrasos que necesitan apoyo adicional, se pueden hacer varias adaptaciones.
Los cuidadores, en colaboración con los familiares y los proveedores de servicios especializados, pueden hacer lo siguiente:

- Proporcionar apoyos sociales (por ejemplo, estrategias de intervención mediadas por pares o aprendizaje cooperativo)
- Utilizar métodos visuales, auditivos y cinestésicos (por ejemplo, utilizar imágenes y modelos al explicar)
- Emplear una serie de reconocimientos (por ejemplo, sonrisas, abrazos, reconocimiento verbal, entrega del juguete/objeto deseado o continuación del juego)
- Adaptar los juguetes/materiales para que el bebé pueda utilizar una variedad de movimientos en diferentes posiciones Alterar el entorno físico, social o temporal
- Cambiar el horario de las actividades y la rutina, ajustar la cantidad y el tipo de apoyo proporcionado, y dividir una actividad en pasos más pequeños (DEC 2007).

Referencias

[1] The California Infant/Toddler Curriculum Framework por el Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

[1] División de Educación Temprana y Apoyo, Departamento de Educación de California. *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning.* se utiliza con permiso.

[3] The California Infant/Toddler Curriculum Framework por el Departamento de Educación de California se utiliza con permiso

33.5: Planificación holística is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.6: Interpretación para la planificación

Interpretación

La interpretación del plan de estudios para su planificación es diferente de la respuesta en el momento. Para preparar el plan de estudios, los cuidadores reservan tiempo y espacio regularmente para revisar los datos de cada bebé.[1] Basándose en la reflexión, el cuidador desarrolla ideas para apoyar el aprendizaje y el desarrollo de cada bebé, incluidas las posibles adaptaciones de las interacciones, los entornos, las actividades y las rutinas.

Esta parte crítica del proceso puede estimular a los cuidadores a descubrir nuevas ideas y considerar cómo podrían adaptar el entorno o las rutinas, o introducir una nueva rutina o material basándose en las observaciones, las notas, la información del DRDP (2015), la reflexión y el debate.

La reflexión e interpretación de los datos para la planificación también ayuda a los cuidadores a tener en cuenta lo siguiente: Formas de involucrar a las familias en el cuidado de sus hijos

- Si los cuidadores necesitan más información sobre el niño y cuándo/dónde/de quién obtenerla
- Si hay que proporcionar estrategias iguales, similares o diferentes y experiencias relacionadas con objetivos específicos

Interpretación evaluativa

La interpretación de los datos para la planificación puede proporcionar información sobre el desarrollo de los niños a lo largo del tiempo. Sin embargo, los cuidadores también examinan los datos que han recogido sobre cada niño después de un periodo más prolongado (por ejemplo, varias semanas o meses, según la edad del niño) para evaluar su progreso hacia la consecución de sus objetivos individuales.

La interpretación no siempre es fácil, pero da sentido a la información documentada. Sin información suficiiente, las primeras impresiones sobre lo que pueden o no pueden hacer los bebés o niños pequeños a veces derivan en suposiciones y expectativas inexactas. Esto puede afectar a las interacciones con los niños y la calidad de sus relaciones, lo que repercute en su desarrollo y aprendizaje. Mantenga la mente abierta mientras observa a los niños, mientras habla con las familias y mientras reúne la información que cuestiona las primeras impresiones.[1]

Un plan para planificar

La observación, la documentación, la reflexión y la interpretación derivan en la preparación individualizada del plan de estudios, que apoya las capacidades, los intereses, las preferencias y las necesidades únicas de cada bebé y niño pequeño.

Planificación óptima

- Ofrece oportunidades para fortalecer la relación entre los cuidadores y las familias y la conexión entre el hogar y el programa, así como para fomentar la participación de las familias en el cuidado de sus hijos
- Profundiza en el conocimiento de cada niño y su familia e incluye las aportaciones y observaciones de la familia sobre su hijo
- Garantiza que las interacciones y el establecimiento de relaciones, las rutinas, el cronograma diario, las experiencias y el entorno físico aborden los intereses, las capacidades, las necesidades y la comprensión actuales y emergentes del niño sobre las personas y los objetos de su entorno
- Facilita el desarrollo y el aprendizaje del niño en los cinco ámbitos esenciales y apoya el progreso del niño hacia los objetivos individuales de desarrollo infantil

Es necesario tener múltiples ideas a la hora de considerar cómo promover el desarrollo y el aprendizaje de cada niño. Hay diferentes maneras de ayudar a un bebé que está empezando a darse cuenta de que los objetos y las personas existen aunque no los vea (permanencia de los objetos) o a un niño pequeño que ha descubierto el placer de tirar y rellenar. Es probable que los cuidadores piensen en el entorno interior/exterior y en los cambios que podrían hacer. También identifican los posibles cambios en las interacciones, el cronograma del niño y las estrategias para involucrar a las familias. Las familias pueden tener sugerencias y preferencias que reflejen sus prácticas cotidianas en el hogar. Los cuidadores no tienen que poner en práctica todas las ideas a la vez.

Los bebés y los niños pequeños se benefician de la repetición, la práctica y la familiaridad. “La exposición repetida a oportunidades familiares da [a los bebés y niños pequeños] la oportunidad de dar sentido a sus experiencias y construir [una] base que apoyará el

aprendizaje posterior" (Centro Nacional de Recursos de Early Head Start y revisado por el Centro Nacional de Desarrollo Infantil, Enseñanza y Aprendizaje en colaboración con la Oficina de Head Start., 2018).

La flexibilidad es una prioridad a la hora de preparar el plan de estudios: los cuidadores deben responder a los intereses y necesidades de los niños en cada momento. Planificar para los bebés y niños pequeños equivale a planificar posibilidades. Como dice Linda Lloyd Jones en su artículo "*Relationship as Curriculum*", deberíamos vigilar y observar a nuestros bebés mucho más de cerca. ¿Qué están haciendo? ¿Cómo están jugando? ¿Qué están intentando lograr?

Pregúnteles quiénes son, qué necesitan y cómo podemos apoyarlos. Luego escuche y observe la respuesta.

J. Ronald Lally sugirió que la planificación debería cumplir con lo siguiente:

- Incluir experiencias que sitúen al adulto en el papel de facilitar el aprendizaje de los niños en lugar de dirigirlo.
- Ayudar al adulto a leer las señales de cada bebé y niño pequeño.
- Preparar al cuidador, al visitante del hogar y al cuidador familiar de niños para que se comunique eficazmente con otros adultos en la vida del niño (Lally, 2000).

Aunque la planificación para bebés y niños pequeños es simplemente una planificación para posibles ofrecimientos, los cuidadores deben planificar regularmente. La planificación centra a los cuidadores en la realización de un trabajo significativo con cada niño y su familia, y proporciona una dirección general para las experiencias ofrecidas durante la semana.[1]

Toma de notas

¿Qué forma debemos utilizar para anotar las posibilidades del plan de estudios? Un formulario de planificación de calidad ayuda a los cuidadores a conectar los puntos entre las reflexiones/interpretaciones de la información y las observaciones y a promover estrategias de desarrollo y aprendizaje.

Tanto si un cuidador crea planes para un niño individual como para un grupo, el proceso es similar. Los cuidadores revisan la información recopilada sobre cada niño, anotan los intereses, las capacidades y las necesidades comunes y, a continuación, deciden qué cambios realizar, qué experiencias excepcionales ofrecer y qué formas hay de involucrar a las familias. Incluso dentro de los planes de grupo, los cuidadores deben considerar cómo individualizar el plan para cada niño. Por ejemplo, se puede planificar una canción para jugar con los dedos con el fin de satisfacer los intereses del lenguaje receptivo de un niño, la exploración de la motricidad fina de otro y el interés de interacción entre adultos y niños (social/emocional) de un tercer niño.

Revisar los formularios de planificación individual de los niños o de los grupos de las semanas anteriores y la documentación creada durante esas actividades también es útil para la planificación. En función de la respuesta de cada niño o grupo de niños, los cuidadores pueden cambiar o no los planes de la semana en curso. Si los niños disfrutan explorando los pompones y los recipientes en una mesa de agua, los cuidadores pueden decidir no cambiar la experiencia. Si, al reflexionar sobre la documentación, los bebés y niños pequeños parecen interesados en agarrar los pompones, los cuidadores pueden optar por añadir cucharas y pinzas para ampliar la experiencia.

La planificación basada en las observaciones, las aportaciones de las familias, la evaluación continua y el conocimiento del desarrollo del bebé/niño pequeño es fundamental para crear experiencias adecuadas a la edad. Es fácil elegir experiencias que, aunque posiblemente sean apropiadas para niños mayores, no lo son para los más pequeños. También son inadecuadas las experiencias que exigen que el niño esté en un grupo sin poder salir si pierde el interés o que requiere que esté sentado durante mucho tiempo. Un plan de estudios de alta calidad que tenga en cuenta el desarrollo debe ofrecer sugerencias para seleccionar las experiencias, los materiales y los equipos adecuados, facilitar las experiencias y crear entornos seguros e interesantes para que los bebés y los niños pequeños exploren.[1]

Referencias

[1] Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families , ECLKC Early Head *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1*. Es de dominio público

33.6: Interpretación para la planificación is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

33.7: Referencias

BIERMEIER, M. A. (2015). Inspired by Reggio Emilia: Emergent Curriculum in Relationship-Driven Learning Environments. *Young Children*, *70*(5).

Bruner, J. (1996). *The culture of education.* Cambridge, MA: Harvard University Press .

California Department of Education. (n.d.). *Infant/Toddler Curriculum Framework.* Sacramento: California Department of Education. Retrieved from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...elines2019.pdf

Early Education and Support Division, California Department of Education. (2016). *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning* . Sacramento: Department of Education.

Early Head Start National Resource Center and revised by the National Center on Early Childhood Development, Teaching, and Learning in collaboration with the Office of Head Start. (2018). *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Star. Retrieved from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...rs-part-01.pdf

Early Head Start National Resource Center in collaboration with the Office of Head Start. (2014). *Individualizing Care for Infants and Toddlers – Part 2 • TA Paper 17.* Washington, DC: Early Head Start National Resource Center at ZERO TO THREE. Retrieved from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...rs-part-02.pdf

Early Learning and Care Division, California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education.

Edwards, C., & Gandini, L. (Eds.). (2001). *Bambini: The Italian approach to infant/toddler care.* New York: Teachers College Press .

Gopnik, A. (2009). *The Philosophical Baby: What Children's Minds Tell Us About Truth, Love, and the Meaning of Life.* New York: Farrar, Straus, and Giroux.

Gopnik, A., Kuhl, P. K., & Meltzoff, A. N. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn.* William Morrow & Co.

Hirsh-Pasek, , K., Golinkoff, M. R., Berk, L. E., & Singer, D. G. (2009). *A Mandate for Playful Learning in Preschool: Presenting the Evidence.* . New York: Oxford University Press.

Honig, A. (1996). Methal health for babies: what do theory and research tell us? *Young Children*, *48*(3), 69-76.

Lally, J. R. (2000). *"Infants Have Their Own Curriculum: A Responsive Approach to Curriculum Planning for Infants and Toddlers," in Curriculum in Head Start.* U.S. Department of Health and Human Services/Administration on Children and Families/Administration for Children, Youth and Families. Washington, DC: Head Start Bureau.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From nuerons to neighborhoods: The science of early development.* Washington, DC: National Academy Press.

UNICEF. (2009). Convention on teh Rights of the Child: Children's Version. Retrieved December 15, 2021, from https://www.unicef.org/child-rights-...ldrens-version

33.7: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

CHAPTER OVERVIEW

34: Aplicación del plan de estudios

34.1: Puesta en marcha de los planes

34.2: Reflexionar y evaluar

34.3: Referencias

34: Aplicación del plan de estudios is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

34.1: Puesta en marcha de los planes

Preparados, listos, ¡ya!

Una vez que se realiza la observación y se documentan las experiencias, los cuidadores ponen en práctica los planes realizando cambios en el entorno e introduciendo materiales (Departamento de Educación de California). Los pensamientos, sentimientos, necesidades, intereses y reacciones únicos de cada niño influyen en la aplicación del plan de estudios. “Cuando las experiencias se planifican y se adaptan a las necesidades de desarrollo de los bebés y niños pequeños, se convierten en aprendices comprometidos y activos”. Los planes pueden ser breves y flexibles, ya que la respuesta a los intereses y necesidades del niño en cada momento se aplica a cada parte del proceso de preparación del plan de estudios. Los cuidadores deben demostrar sistemáticamente su sensibilidad cultural en las interacciones formales e informales al aplicar el plan de estudios. Incluir a las familias en el proceso de preparación del plan de estudios y entablar un diálogo abierto a lo largo del proceso de aplicación ayuda a garantizar una mayor sensibilidad cultural.

La aplicación de los planes de estudios puede implicar una nueva forma de interactuar con el niño (o con un miembro de la familia para apoyarlo), un cambio en el horario o en el entorno físico, un enfoque diferente del cuidado rutinario, un nuevo material o una nueva experiencia. También puede implicar hacer las mismas cosas que antes. En cualquier caso, permita que el niño elija e interactúe libremente con los materiales y el equipo, la configuración del entorno interior y exterior, la experiencia o la rutina, y con los propios cuidadores (o miembros de la familia).[1] La respuesta del niño (o la falta de respuesta) influye en el modo en que se produce la implementación; el proceso de implementación no es un punto final en el proceso de preparación del plan de estudios. Una vez que se introduce una posibilidad o experiencia, el cuidador observa y responde a la participación continua del bebé en la experiencia. Al igual que un cuidador debe hacer cuando prepara y crea un plan de estudios, la aplicación incluye la observación, la reflexión, la documentación y la interpretación. Una pieza clave de la aplicación es observar lo que hace el niño y seguir su ejemplo. De este modo, los cuidadores “crean con el niño una experiencia de aprendizaje que es personalmente significativa y receptiva en cada momento”.[1] En los entornos de cuidado grupal de bebés y niños pequeños, esperar que todos los niños hagan las mismas cosas simultáneamente no es la mejor práctica para el cuidado individualizado. Permita que los bebés y los niños pequeños participen en la experiencia de forma independiente y que se muevan libremente cuando lo necesiten. Nunca se debe prohibir a los bebés o niños pequeños que abandonen la experiencia o que decidan no participar en ella. Una vez que comienza una experiencia con un bebé o un grupo pequeño, los cuidadores adaptan sus planes y acciones a las necesidades e intereses cambiantes de los bebés.

La aplicación de los planes de estudios puede producir resultados sorprendentes o inesperados, lo que ofrece a los cuidadores nuevas perspectivas y oportunidades para perfeccionar su comprensión de cada niño y familia. Aplique los planes “con espíritu de experimentación: cada vez que un plan funciona o no funciona, [los cuidadores] pueden aprender y crecer a partir de la experiencia”.[1] La adaptación y el cambio son partes fundamentales de los procesos de aprendizaje tanto para el bebé como para el cuidador.

La creación y aplicación de experiencias o planes de estudios para bebés permite al cuidador experimentar y aprender más sobre el bebé y sobre sí mismo como cuidador.

Veamos un escenario de observación y aplicación del plan de estudios.

A lo largo de varios días, un cuidador puede observar a un pequeño grupo de niños pequeños de mayor edad fascinados con el juego de ficción. A través de la reflexión sobre las observaciones y la documentación de los intereses emergentes de los niños pequeños, el cuidador puede colocar más marionetas en el entorno. El cuidador puede preguntarse si las marionetas motivarían a los niños pequeños a interesarse por el juego de ficción. En lugar de llamar la atención sobre las marionetas, el cuidador puede decidir simplemente colocarlas en la zona de juego teatral de la habitación. El cuidador puede añadir algunos accesorios relacionados con la jardinería al área de juego exterior. El cuidador, curioso por lo que harán los niños pequeños con los nuevos materiales de juego, espera a ver qué ocurre a continuación. Puede ocurrir cualquier cosa: los niños pequeños pueden no estar interesados en los materiales más recientes, o pueden empezar a participar en juegos de ficción animados que sugieren nuevas posibilidades al cuidador.

El ejemplo anterior de apoyo al juego de ficción de los niños pequeños de mayor edad es una de las innumerables ideas que los cuidadores pueden probar como parte de un enfoque reflexivo y receptivo del plan de estudios. Además de modificar el entorno e introducir equipos y materiales de juego, los cuidadores adaptan sus interacciones con los niños pequeños en función de lo que descubren mediante la observación, la documentación y la reflexión.

En otro caso, el cuidador puede darse cuenta de que los bebés exploran el entorno de forma diferente. Con la información sobre el desarrollo del bebé, el cuidador puede dar un paso atrás cuando el bebé salga al entorno. Al relacionarse con los bebés a distancia, el cuidador puede descubrir que uno de ellos disfruta estableciendo contacto, mientras que otro puede necesitar estar cerca y suele buscar el contacto físico. El mismo cuidador puede observar que algunos bebés tienen un interés incipiente por la atención

compartida o por mirar las cosas junto con el cuidador. Como resultado, el cuidador puede mirar los libros con más frecuencia, con el bebé mirando a un adulto. Al compartir los libros con el bebé, el cuidador puede observar que dos de los bebés pasan mucho tiempo mirando cada dibujo, mientras que otro prefiere pasar las páginas rápidamente. Aunque la aplicación de una estrategia de interacción para apoyar el aprendizaje de los bebés puede comenzar de la misma manera, el camino de cada bebé con la nueva posibilidad requerirá que el cuidador se adapte. Para que una estrategia o un plan basados en la observación, la documentación y la reflexión previas sean eficaces, el cuidador debe seguir las indicaciones de cada bebé y crear una experiencia de aprendizaje que tenga un significado personal y responda en cada momento.[1]

Para resumir la planificación y la ejecución con respecto a la individualización, considere lo siguiente (adaptado del California Infant/Toddler Curriculum Framework). La preparación de las prácticas de cuidado individualizado debe reflejar lo siguiente:

- Las capacidades que los bebés y niños pequeños aportan a cada interacción.
- La necesidad de cada niño de vivir experiencias basadas en la relación.
- Los aportes y las preferencias de la familia.
- La comprensión y el aprecio de cada niño en el contexto de su familia y su cultura.

La aplicación de prácticas de cuidado individualizadas debe centrarse en facilitar el aprendizaje y permitir a los cuidadores:

- Mejorar sus conexiones y su compromiso con la familia de cada niño.
- Maximizar la sensación de seguridad y apego de cada niño.
- Aprender a leer las señales de cada bebé y niño pequeño y a responder adecuadamente.
- Fomentar y apoyar los intereses y exploraciones de cada niño.
- Abordar toda la experiencia de aprendizaje del niño, incluyendo la creación de un lugar seguro y emocionante para el aprendizaje.
- Apoyar el progreso de los niños hacia sus objetivos individuales y permitir variaciones únicas en el temperamento, el enfoque y el ritmo.

Referencias

[1] Early Learning and Care Division, California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education es utilizado con permiso.

34.1: Puesta en marcha de los planes is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

34.2: Reflexionar y evaluar

En retrospectiva

A medida que los cuidadores ponen en práctica sus planes con los niños y las familias, siguen observando y documentando las experiencias. Hacen preguntas como “¿cómo te fue?”, “¿qué ha funcionado bien y por qué?”, “¿qué es lo que no ha funcionado y por qué?” y “¿qué cambios podrían hacerse?”. Pueden hacerse estas preguntas en medio de una nueva experiencia o más tarde cuando reflexionan y evalúan el día o la semana. Las respuestas a este tipo de preguntas deben retroalimentarse en el ciclo de individualización a medida que los cuidadores continúan observando, documentando, reflexionando, interpretando, planificando e implementando.

Convertirse en un experto en estas actividades significa que los cuidadores:

- Están mejor preparados para comprender la etapa de desarrollo de cada bebé y niño pequeño.
- Muestran consideración sobre cómo ofrecer apoyo para fomentar el desarrollo y el aprendizaje de cada niño.
- Demuestran mediante acciones que entienden el papel fundamental que desempeñan las relaciones positivas entre adultos y niños en el desarrollo de los bebés y los niños pequeños.
- Apoyan el papel de la familia como primer y más importante cuidador de su hijo.
- Conocen el valor de los aportes de las familias y los buscan activamente.
- Evalúan la eficacia de lo que ponen en práctica observando, reflexionando, comunicándose con las familias y perfeccionando su plan de forma continua.

A medida que los cuidadores se vuelven más decididos en sus prácticas de individualización, ven cada vez más oportunidades de planificar posibilidades y oportunidades de aprendizaje que nutren a cada bebé, niño pequeño y familia. Esta atención intencionada e individualizada es el camino hacia el aprendizaje positivo y los resultados en la vida de los niños muy pequeños y sus familias.[1]

Referencias

[1] Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, ECLKC Early Head *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1*. Es de dominio público

34.2: Reflexionar y evaluar is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

34.3: Referencias

BIERMEIER, M. A. (2015). Inspired by Reggio Emilia: Emergent Curriculum in Relationship-Driven Learning Environments. *Young Children*, *70*(5).

Bruner, J. (1996). *The culture of education.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

California Department of Education. (n.d.). *Infant/Toddler Curriculum Framework.* Sacramento: California Department of Education. Retrieved from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...elines2019.pdf

Early Education and Support Division, California Department of Education. (2016). *BEST PRACTICES FOR PLANNING CURRICULUM FOR YOUNG CHILDREN. The Integrated Nature of Learning.* Sacramento: Department of Education.

Early Head Start National Resource Center and revised by the National Center on Early Childhood Development, Teaching, and Learning in collaboration with the Office of Head Start. (2018). *TECHNICAL ASSISTANCE PAPER NO. 16 INDIVIDUALIZING CARE FOR INFANTS AND TODDLERS – PART 1.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Star. Retrieved from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...rs-part-01.pdf

Early Head Start National Resource Center in collaboration with the Office of Head Start. (2014). *Individualizing Care for Infants and Toddlers – Part 2 • TA Paper 17.* Washington, DC: Early Head Start National Resource Center at ZERO TO THREE. Retrieved from https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...rs-part-02.pdf

Early Learning and Care Division, California Department of Education. (2019). *Infant/Toddler Learning and Development Program Guidelines, Second Edition.* Sacramento: California Department of Education.

Edwards, C., & Gandini, L. (Eds.). (2001). *Bambini: The Italian approach to infant/toddler care.* New York: Teachers College Press.

Gopnik, A. (2009). *The Philosophical Baby: What Children's Minds Tell Us About Truth, Love, and the Meaning of Life.* New York: Farrar, Straus, and Giroux.

Gopnik, A., Kuhl, P. K., & Meltzoff, A. N. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn.* William Morrow & Co.

Hirsh-Pasek, , K., Golinkoff, M. R., Berk, L. E., & Singer, D. G. (2009). *A Mandate for Playful Learning in Preschool: Presenting the Evidence.* . New York: Oxford University Press.

Honig, A. (1996). Methal health for babies: what do theory and research tell us? *Young Children*, *48*(3), 69-76.

Lally, J. R. (2000). *"Infants Have Their Own Curriculum: A Responsive Approach to Curriculum Planning for Infants and Toddlers," in Curriculum in Head Start.* U.S. Department of Health and Human Services/Administration on Children and Families/Administration for Children, Youth and Families. Washington, DC: Head Start Bureau.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From nuerons to neighborhoods: The science of early development.* Washington, DC: National Academy Press.

UNICEF. (2009). Convention on teh Righ

34.3: Referencias is shared under a not declared license and was authored, remixed, and/or curated by LibreTexts.

Index

Glossary

Sample Word 1 | Sample Definition 1

Detailed Licensing

Loading...

Detailed Licensing

Loading...