



Dolores Casquero Arjona
Pablo Daniel Franco Caballero
Eduardo Elósegui Bandera
(coords.)

Desarrollo infantil y Atención Temprana

**Perspectivas
interdisciplinarias en
contextos
iberoamericanos**

Desarrollo infantil y atención temprana

Perspectivas interdisciplinarias
en contextos iberoamericanos

Dolores Casquero Arjona
Pablo Daniel Franco Caballero
Eduardo Elósegui Bandera
(coords.)

Desarrollo infantil y atención temprana

Perspectivas interdisciplinarias
en contextos iberoamericanos

Colección Horizontes Universidad

Título: *Desarrollo infantil y atención temprana: perspectivas interdisciplinares en contextos iberoamericanos*

Primera edición: diciembre de 2025

© Dolores Casquero Arjona, Pablo Daniel Franco Caballero, Eduardo Elósegui Bandera (coords.)

© De esta edición:
Ediciones OCTAEDRO, S.L.
C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02
octaedro@octaedro.com
www.octaedro.com

Esta publicación está sujeta a la Licencia Internacional Pública de Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 de Creative Commons. Puede consultar las condiciones de esta licencia si accede a: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ISBN: 978-84-1079-145-9

Maquetación: Fotocomposición gama, sl
Diseño y producción: Octaedro Editorial

Publicación en acceso abierto - *Open access*

Sumario

Introducción	11
1. El acompañamiento desde la psicomotricidad relacional en atención temprana.	15
JOSEFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ; TALÍA CRISTINA MORILLO LESME; RAQUEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ	
2. La evaluación de funciones ejecutivas en la población infantil asistentes a los jardines de infancia de Santiago de Chile	27
MARÍA IRLANDA Terraza SALAZAR; DOLORES CASQUERO ARJONA; EDUARDO ELÓSEGUI BANDERA	
3. ¿Cómo desarrollar las funciones ejecutivas en el segundo ciclo de educación infantil desde la prevención? Programa ADHISO	43
DRA. NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ; IRENE HERVÍAS MORÍNIGO; FLORA MARÍA NIETO LINARES; ANAÍS TREJO ALONSO	
4. La subjetividad en los primeros años de vida: tres estudios.	55
CRISTINA MADEIRA-COELHO	

5. Terapia centrada en la familia: impacto en el desarrollo del lenguaje hablado en niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares	69
ELIANA MARIEL FREDES ALBARRACÍN	
6. Centro Infantil de Atención Temprana San Agustín. Experiencia del primer centro de atención temprana en Chile	81
CAMILA FERNANDA ASENJO ÁLVAREZ; MARÍA SOLEDAD ROZAS NAVARRO	
7. Precisión y actualización en la evaluación del desarrollo infantil: análisis crítico de herramientas diagnósticas en atención temprana	93
PABLO DANIEL FRANCO CABALLERO; LAURA YÚFERA FERNÁNDEZ	
8. Experiencia de atención temprana en el voluntariado UDEPAT-MAIPI/AT en un jardín de Santiago (Chile).	107
BARBARA LORETO SANDOVAL ERICES	
9. Atención temprana y educación infantil: a propósito de un programa de coordinación	117
MARÍA JESÚS LUQUE-ROJAS; ANA M.TENA ROJAS; DIEGO JESÚS LUQUE PARRA; BLANCA PALOMA FLORES DE VILLAR	
10. El estado actual de las prácticas centradas en la familia en atención temprana desde la percepción y experiencia de las familias españolas	129
MÓNICA MONTAÑO MERCHÁN	
11. Problemas en el campo de la clínica psicomotriz infantil desde la perspectiva de la determinación social del desarrollo	143
LUCÍA DE PENA; MARIANA DIEZ	
12. Bienestar socioemocional desde la perspectiva de niñas y niños a través de los dibujos infantiles en contexto de pandemia y confinamiento en Chile.	155
MARCELA GARCÍA-HUIDOBRO THIARE PADILLA; VERONIQUE NAVARRETE	

13. Implantação do programa multidisciplinar de
atendimento aos bebês prematuros: aproximações
com a teoria da subjetividade na perspectiva
histórico-cultural 173
ALEXANDRA AYACH ANACHE

Sobre los coordinadores 185

Introducción

El desarrollo infantil constituye una de las dimensiones más complejas y determinantes en el ciclo vital humano. En los primeros años de vida se establecen las bases neurológicas, afectivas y sociales que permiten la emergencia de las capacidades cognitivas, comunicativas y relacionales que sostendrán los aprendizajes futuros y el bienestar integral. En este sentido, la **atención temprana** –entendida como el conjunto de intervenciones dirigidas a niños y niñas con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos, así como a sus familias y contextos– se erige como un pilar estratégico para garantizar derechos, prevenir desigualdades y favorecer trayectorias vitales más equitativas (Guralnick, 2011; Figueiras et al., 2012).

Este volumen recoge trece textos que, desde diferentes enfoques disciplinares y territoriales, abordan la temática del desarrollo infantil y la atención temprana en el contexto iberoamericano. No se trata de un tratado sistemático ni de una compilación de manuales técnicos; más bien, se propone como un conjunto de reflexiones y experiencias sensibles a las realidades socioculturales, institucionales y familiares de los países que conforman esta región diversa y plural. Así, el libro conjuga aproximaciones provenientes de la psicología del desarrollo, la educación inicial, la neurociencia, el trabajo social, la medicina comunitaria y la antropología, entre otras disciplinas.

El punto de convergencia entre estos textos es su compromiso con una mirada integral de la infancia, alejada de reduccionis-

mos biologicistas o de modelos clínicos centrados exclusivamente en la patología. Por el contrario, los autores y autoras aquí reunidos reivindican el valor de la atención temprana como práctica relacional, contextual y ética, donde el respeto por la singularidad del niño/a, la participación activa de las familias y el reconocimiento de los saberes locales resultan fundamentales (Bronfenbrenner, 1979; Siraj-Blatchford y Sylva, 2004).

En Iberoamérica, las políticas públicas en desarrollo infantil han avanzado de manera desigual. Si bien se observan iniciativas prometedoras en países como Uruguay, Colombia, Chile o España, aún persisten grandes brechas en cobertura, calidad, articulación intersectorial y formación de profesionales. Este libro evidencia esas tensiones, pero también ofrece horizontes de posibilidad, experiencias innovadoras y marcos conceptuales actualizados para pensar nuevas formas de acompañar a la infancia desde una perspectiva de derechos, cuidados y justicia social (Araujo et al., 2023).

Asimismo, el carácter reflexivo de varios de los textos permite un acercamiento más humano, ético y situado a los desafíos contemporáneos en la atención temprana. Se destaca la importancia de favorecer el vínculo, el juego, el lenguaje, la afectividad y la temporalidad como dimensiones claves en cualquier proyecto de desarrollo infantil. Estos elementos, muchas veces invisibilizados por la «tecnocracia» de las políticas públicas, reaparecen aquí como fundamentos epistemológicos y políticos.

Con este libro se invita al diálogo interdisciplinar, al pensamiento crítico y a la praxis transformadora. Constituye una contribución valiosa para profesionales, investigadores, docentes y responsables de políticas que trabajan en el campo del desarrollo infantil y la atención temprana, y promueve una comprensión más compleja, comprometida y contextualizada de lo que significa cuidar los comienzos.

Referencias

- Araujo, M. C., López Boo, F. y Puyana, J. M. (2023). *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe*. BID.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Figueiras, A.C. Neves de Souza, I.C, Ríos V.G. y Benguigui, Y. (2012). *Guía para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>
- Siraj-Blatchford, I. y Sylva, K. (2004). Researching pedagogy in English pre-schools. *British Educational Research Journal*, 30(5), 713-730. <https://doi.org/10.1080/0141192042000234665>

El acompañamiento desde la psicomotricidad relacional en atención temprana

JOSEFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
TALÍA CRISTINA MORILLO LESME
RAQUEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
Universidad de La Laguna

1. Introducción

El cuerpo constituye la principal vía de relación desde que el bebé nace y establece sus primeros contactos como un ser indiferenciado. La metodología propia de la psicomotricidad relacional dentro del marco de la atención temprana ofrece un acompañamiento capaz de acoger las necesidades que manifiestan los niños y niñas en la construcción de su identidad corporal, partiendo del vínculo afectivo generado con su psicomotricista y la integración de huellas tónico-afectivas placenteras que permitan el tránsito hacia la adquisición de nuevos aprendizajes, planteando una disposición del espacio y de los objetos acorde con el deseo y la necesidad del niño y la niña y su momento evolutivo.

La experiencia que se presenta estudia una secuencia de sesiones desde el abordaje de la psicomotricidad relacional con un niño que presenta sintomatología propia del trastorno del espectro del autismo, analizando la evolución manifestada.

2. El escenario de la psicomotricidad relacional

La metodología propia de la psicomotricidad relacional ofrece un escenario de contención y seguridad afectiva y emocional y

trata de acompañar al niño y la niña en la construcción de su yo psíquico (Larbán, 2013). Este acompañamiento nace del vínculo generado con el/la psicomotricista, quién trata de conectar con la realidad profunda del niño y la niña y reconoce su individualidad.

La respuesta del psicomotricista comienza cuando, a partir de su capacidad de escucha y mirada atenta, da sentido al discurso relacional del/la niño/a, decodificando el simbolismo inmerso en el uso que hace de su cuerpo, del espacio y de los objetos. Este ajuste, integrado a partir de la formación personal y profesional, conlleva la posibilidad de proporcionar un buen sostén afectivo, manejo y presentación de la realidad (Winnicott, 1990), para ayudarlo a evolucionar.

Ser psicomotricista implica mirar al niño/a desde la empatía, establecer vías de comunicación centradas en movilizar las emociones y los afectos y conectar con sus vivencias más primarias, estableciendo un vínculo significativo. Según Lapiere et al. (2015), partiendo de la identificación de cómo se siente cada niño/a, el psicomotricista relacional ofrece un lugar donde poder seguir explorando y aprendiendo a partir de experiencias de placer, generando, a su vez, posibilidades para resignificar su historia cuando se han dado contextos de adversidad, coincidiendo con los planteamientos del GAT (2022) y de la Asociación Profesional de Psicomotricistas (APP, 2022).

La atención de forma temprana desde la psicomotricidad garantiza un entorno motivante con riqueza de estímulos que proporcionan experiencias globalizadoras y acoge a la persona de forma integral y armónica, coincidiendo con uno de los principios básicos de la educación infantil (Real Decreto 95/2022), validando todas sus posibilidades expresivas a través del cuerpo y sus manifestaciones en las relaciones con el entorno y las demás personas.

El acompañamiento psicomotriz también cuenta con la posibilidad de crear espacios de relación con los demás, una vez que se ha creado una base segura en el desarrollo vincular, que permita el acceso a otras posibilidades relacionales y de aprendizajes a partir de vivencias en grupo, garantizando la atención a la diversidad (Llorca y Sánchez, 2005).

Teniendo en cuenta las observaciones planteadas por Winnicott (1990) sobre la función de maternaje, se desarrolla esta pro-

puesta de intervención en los primeros años, apoyándonos en las diferentes etapas propuestas por este autor.

2.1. El sostén afectivo

A partir del encuentro corporal, la mirada y la participación en el juego, el/la psicomotricista trata de situarse como un sostén afectivo en el que el niño o la niña pueda comprender y compartir experiencias. Las huellas tónicas que va dejando, en forma de registros profundos de aceptación, afecto y contención, colaboran en la integración de la totalidad corporal del niño/a como almacén para la formación más primitiva de su estructura psíquica (Lapierre, 2008; Mucchielli, 1986). En el encuentro tónico y las sensaciones que este transfiere, estrechamente vinculadas a la configuración de la personalidad y las relaciones (Sánchez-Rodríguez, 2020), el/la psicomotricista trata de identificar la respuesta del niño/a para ajustar la suya, movilizándolo una relación primaria asociada a necesidades de relaciones de maternaje y elaboración de angustias arcaicas (Aucouturier, 2004), en los casos en los que en el juego se da esta búsqueda de relaciones primarias de seguridad o la apertura hacia la conquista del entorno y la separación.

2.2. El juego corporal

La psicomotricidad relacional supone la presencia del cuerpo de un adulto disponible para el juego y el encuentro corporal de manera tranquila y significativa, movilizándolo la emoción y la motivación para explorar el espacio, los objetos y el cuerpo del otro/a. Requiere de una actitud de calma que aporte ayuda en los momentos necesarios y nuevas posibilidades, que trate de responder al deseo de exploración sin invadir, sino incorporando una espera capaz de movilizar la iniciativa y capacidad para hacer demandas.

2.3. La presentación de objetos

El uso que los niños y niñas hacen de los materiales supone una dimensión de gran importancia para la psicomotricidad relacional, la decodificación simbólica del material, lo cual permite la

comprensión de sus necesidades (Lapierre et al., 2015) y determina su disponibilidad en la sala en función del momento relacional en el que se encuentra.

A través de los materiales, el niño/a va descubriendo que puede modificar el entorno movilizándolo sus capacidades de representación. La posibilidad de compartir su juego a través de los objetos implica acceder a una secuencia comunicativa donde incorporar al otro estimulando el desarrollo del lenguaje y, por tanto, la construcción del pensamiento, tal y como indicaba Bruner (2003).

2.4. El acompañamiento a la familia

La atención a la familia está presente tras cada sesión de intervención, donde se comparte lo sucedido en la sala y se constata si ha habido antecedentes en el entorno familiar que ayuden a comprender la expresividad de cada niño y niña, o si ocurren cambios y nuevas conquistas a partir de las vivencias de las sesiones. La vida de la sala de psicomotricidad permite profundizar en las necesidades y competencias de cada niño, lo que permite un acompañamiento más ajustado.

3. Experiencia

Este trabajo se ha llevado a cabo en el Servicio de Psicomotricidad de la Facultad de Educación de la Universidad de La Laguna, que dispone de un equipo de diez profesionales que combinan la labor docente con la profesional, con una formación de posgrado en psicomotricidad y con experiencia en atención temprana de más de diez años. Las autoras de este trabajo forman parte de este equipo. En este servicio, desde el año 2007, se lleva a cabo un proyecto de intervención en psicomotricidad en atención temprana a través de un convenio de colaboración entre la universidad y el Servicio Canario de Salud (Sánchez, 2024). A través del mismo, acuden niños y niñas de edades comprendidas entre cero y seis años con señales de alerta en su desarrollo.

A partir de la presentación de narrativas del análisis audiovisual de diferentes segmentos de sesiones, los principales objetivos que se plantean son describir, de forma detallada en expe-

riencias concretas, cómo se desarrolla la intervención psicomotriz y analizar las aportaciones de este acompañamiento en el desarrollo de los niños y niñas que acuden a atención temprana en este ámbito. Para la presentación de este trabajo, nos hemos basado en las directrices para la presentación de casos, siguiendo la propuesta metodológica de Drobar, (2009) y de Colomina et al. (2020).

4. Resultados y discusión

Se presentan, a continuación, diferentes fragmentos de sesiones de psicomotricidad desarrolladas con Hugo, un niño de 28 meses con autismo que lleva entre seis y ocho meses de intervención en el momento en que se recogen estas imágenes. Cuando empezó a acudir a las sesiones, con 22 meses, Hugo iniciaba, pero no mantenía, la mirada durante la interacción, ni emitía palabras, solo algún balbuceo no dirigido y alguna imitación esporádica de aproximaciones a palabras. Se mostraba muy rígido e irritable, con dificultad para dejarse tocar o permitir ser consolado, incluso por sus padres. No hacía uso funcional de los objetos, sino que se centraba en la exploración sensorial de estos, igual que del espacio, aunque era capaz de darlos cuando se le pedían o para solicitar ayuda.

4.1. Primera escena: el acercamiento del niño al cuerpo del adulto; la iniciativa en la relación

Hugo deambula por la sala sin intención clara, la psicomotricista realiza un sonido para llamar su atención y se esconde debajo de una tela, a unos tres metros de distancia. Hugo se da la vuelta y se dirige a ella, la mira cuando aparece y desaparece, pero no se acerca inmediatamente; va tocando el borde de un cojín circular dispuesto en la sala, como un modo de encontrar un sostén ante el interés y el miedo que le genera esta escena, la imagen de la psicomotricista apareciendo y desapareciendo. En un momento, se atreve un poco más y se acerca para mirar e introducir su cuerpo también debajo de la tela, al lado de la psicomotricista. Cuando entra se ríe, pero se separa rápidamente, mostrando temor, y, de nuevo, permanece a distancia de la psicomotricista, girando

alrededor del cojín circular. También explora con su mirada este espacio del cojín, utilizando la exploración del objeto como sustituto de lo que ha experimentado con la psicomotricista, para, finalmente, acudir corriendo hacia unas colchonetas del fondo de la sala y abandonar la relación. La psicomotricista se ha mantenido debajo de la tela, presente a través de la mirada y su gesto de aparecer, pero respetuosa con la respuesta del niño, permitiéndole distanciarse al entender que, tal vez, ya ha sido una vivencia lo suficientemente intensa para este niño, que rehúye la relación.

Que Hugo pueda mostrar interés ante esta situación es relevante en la medida en que para él no es indiferente que la otra persona esté presente o no, también porque va integrando la permanencia de la presencia de las personas, aunque en este momento no pueda verlas, adquiriendo la permanencia del objeto señalada por Piaget e Inhelder (1967). Entrar al espacio que queda debajo de la tela supone aceptar la cercanía y contención corporal de la psicomotricista. Entrar en el espacio del otro, en este caso debajo de la tela, puede reflejar, también, cómo se construye un modelo interno de apego, lo que desde el juego en la sala de psicomotricidad se representa como un dentro compartido.

4.2. Segunda escena: descubriendo el juego del cómo sí y la posibilidad de afirmarse

Hugo explora el espacio y llega al cojín circular hueco en el que se encuentra un mono de peluche apoyado en el borde. Lo coge y lo tira, mirando y sonriendo a la psicomotricista, quien capta esta mirada de provocación y le devuelve el mono tirándoselo. Hugo se ríe y el mono se convierte en un objeto para lanzarle al otro, como si fuera una pelota, mientras se esconde dentro del hueco del cojín. La psicomotricista tapa su boca mostrándose expresiva cuando Hugo tira el mono y acompaña la acción con una frase, «fuera mono», para darle una connotación más emotiva. Espera a que Hugo comience a moverse lanzándoselo la primera vez, mientras que, en la segunda ocasión, finge que el mono camina acercándolo hasta él antes de lanzarlo. Hugo se marcha hasta otras colchonetas situadas en lo alto de este lugar, al parecer, huyendo del juego. Como la psicomotricista para la acción en este momento, Hugo se acerca de nuevo hasta el cojín

circular y pide el mono. La psicomotricista repite con este muñeco la acción de caminar haciendo un sonido peculiar y lo deja caer dentro del cojín. Hugo coge a este personaje e imita la acción que la psicomotricista ha hecho con el muñeco, acompañándose del mismo sonido. La psicomotricista también imita el sonido, señala a las colchonetas en alto en las que ha estado Hugo y le propone «sube mono». Hugo coge el muñeco y va hasta las escaleras por las que sube a unas colchonetas altas. La psicomotricista le repite la propuesta y Hugo simula que el mono sube los dos últimos escalones, mientras lo sostiene por la espalda. Mira momentáneamente a la psicomotricista cuando inicia esta acción, quien permanece separada del niño. Hugo coge al muñeco sobre la colchoneta y lo lanza. La psicomotricista rápidamente se sitúa frente a él, con los brazos abiertos y comenta «salta mono», recogiendo en sus brazos. Hugo la mira y da pequeños saltitos sobre sus rodillas, sin atreverse a saltar, hasta que finalmente se permite lanzarse de rodillas al cuerpo de la psicomotricista, mostrando placer y confianza.

Después de este juego, vuelve a repetirse la provocación, pues Hugo de nuevo lanza el mono a la psicomotricista mostrando un gran placer por sentirse perseguido. La psicomotricista vuelve a participar, esta vez con mayor dinamismo, manteniéndose de pie, corriendo por el espacio e incluyendo juegos de esconderse que Hugo imita o realiza mostrando gran placer en el encuentro.

Durante el desarrollo de una relación de apego, son significativos los juegos en los que los niños y niñas confían en el sostén afectivo del otro que da seguridad frente a la posibilidad de caer, lo que Aucouturier (2004) y Winnicott (1990) denominaron como la posibilidad de contener las angustias arcaicas.

A través de las diferentes experiencias de juego compartido, de la imitación de lo que hace el niño y la espera por parte de la psicomotricista, el niño busca, por propia iniciativa, momentos de cercanía corporal e intercambios tónicos-afectivos en un proceso de acercamiento y posterior separación en los que va construyendo su totalidad corporal y su identidad en un proceso de elaboración recíproca, tal y como establecen Muchielli (1986) y Lapierre (2008).

En esta escena podemos observar cómo casi no hay palabras. La forma de hacer las propuestas ocurre dentro del propio juego, cuando la psicomotricista utiliza el objeto con el niño y ofrece

un modelo diferente, cuando espera para que ocurran modificaciones y cuando le propone algo al personaje, dotándolo así de intencionalidad y sentido que el niño va integrando. Los primeros juegos del cómo si ocurren con la representación de las propias acciones a través de personajes, comprendiendo que es posible representar lo que se hace.

4.3. Tercera escena: la imitación y el apoyo entre iguales

Hugo inicia la intervención con Alba, otra niña de su edad que presenta retraso de lenguaje y un alto ritmo motor. Alba mostraba tendencia a los juegos repetitivos, pero sus competencias para la interacción y su capacidad para entrar en complicidad eran buenas, por lo que se decide iniciar la intervención en pareja, para pasar con posterioridad a sesiones en un pequeño grupo.

En esta escena, Alba y Hugo corren mirando a la psicomotricista para disfrutar del juego de persecución que se repite a menudo. La psicomotricista se queda parada a distancia en la sala, mientras se arropa con una tela sobre sus hombros. Cuando Alba la ve, da la vuelta y se acerca a Hugo, quien la sigue hasta la psicomotricista, imitando los mismos sonidos. Alba se para y espera para que Hugo se acerque y, juntos, quitan la tela del cuello de la psicomotricista, la tiran al suelo, mientras la psicomotricista parece que ladra como un perro enfadado, moviendo su tronco, pero sin salir a perseguirles. Los niños corren y como la psicomotricista no va tras ellos, sino que se esconde detrás de una columna, ambos vuelven a aproximarse. Alba se acerca rápido y hace un sonido para asustarla, la psicomotricista se sorprende y se asusta, y la niña sale huyendo. A continuación, Hugo, que también se ha acercado, la empuja y sale corriendo. La psicomotricista le tira una tela que cae en su mano, él se la devuelve y se va corriendo hasta la colchoneta, tumbándose en ella para contener su emoción. Alba se acerca con una cuerda que estaba en el suelo y trata de ponerla sobre el cuerpo de la psicomotricista, con el deseo de atarla. La psicomotricista se queja y finge que ha quedado inmovilizada hasta que la cuerda se cae; Alba se retira. Ambos niños juegan con una distancia de unos tres o cuatro metros del cuerpo de la psicomotricista, mientras se acercan y se alejan.

Hugo se acerca entonces y la psicomotricista coge la cuerda y le agarra por la cintura, reteniendo su movimiento. Alba trae una

cuerda para que la ate a ella también, diciendo «este Mina», mientras se coloca la cuerda en su cintura y se la ofrece a la psicomotricista. Se pone de espaldas para ser atada igual que Hugo, pero en este momento él se escapa y hace sonidos de júbilo mientras corre hasta la colchoneta. Alba intenta escaparse y la psicomotricista la sostiene diciendo «Alba no». En este momento Hugo se acerca y dice «no» a la psicomotricista en tono firme, utilizando un gesto de amenaza; Alba se escapa y ambos salen corriendo contentos de la proeza.

Hugo se vuelve a acercar, dice de nuevo «no» y se pone de espaldas para que la psicomotricista lo ate otra vez; ella le inmoviliza enrollando sus brazos junto a su cintura con la cuerda. Hugo trata de escapar, mientras Alba observa. La psicomotricista dice en alto, para movilizar a los niños, que Alba no le ayuda. En este momento la niña se acerca al lado de Hugo, lo mira y le pregunta «¿te ayudo?», y Hugo responde «sí», «ayuda Alba». La psicomotricista se queja mientras Alba salva a Hugo y corren de nuevo juntos. Alba imita los movimientos de juego corporal y celebración que Hugo realiza en la colchoneta.

La psicomotricista se ha mantenido en el mismo lugar, sin perseguirles para facilitar que se sientan fuertes y que pueden escapar sin sentirse atrapados. Es interesante observar cómo los niños se hacen más fuertes al estar juntos, acudiendo acompañados para enfrentarse o defenderse. Tal y como establecen Llorca y Sánchez (2005), este juego facilita que surja el sentimiento de compañerismo, la importancia del igual que da un modelo con el que identificarse, una idea que seguir, creándose la complicidad y la relación vincular entre ellos cuando se alían y ayudan para poder jugar la diferenciación y afirmación en la relación con las figuras adultas.

5. Conclusiones

La presentación de este trabajo ha pretendido mostrar algunas de las posibilidades que ofrece la intervención en psicomotricidad en atención temprana, tratando de reflejar el escenario y estrategias de intervención que definen su especificidad. Tomando como referencia la presentación realizada de diferentes momentos de las sesiones, podemos concluir lo siguiente:

- El juego y el encuentro corporal que proporcionan un sostén afectivo permite la construcción de una relación de apego que facilita la exploración del entorno y relaciones futuras de forma segura.
- La posición del adulto frente al niño, su interés y espera por las propuestas facilita el desarrollo de las funciones comunicativas y de interacción, la atención conjunta y el desarrollo del simbolismo.
- Jugar junto a un igual facilita las posibilidades de imitación, complicidad y ayuda, para poder entrar en un proceso de afirmación, lograr la diferenciación de la figura adulta y la creación de un entorno social de pertenencia.

6. Referencias

- APP. Comisión de Atención Temprana (2022). *La profesión de psicomotricista en Atención Temprana*. Documento Marco. APP.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Bruner, J. (2003). Juego, pensamiento y lenguaje. *Infancia: educar de 0 a 6 años*, 78, 4-10.
- Colomina, A, Santamaría, P. y González-Ordi, H. (2020). Directrices para la Redacción de Estudios de Caso en Psicología Clínica: PHYS-CHOCARE Guidelines. *Clinical and Health. Journal of empirical research in Psychology*, 31(2), 69-76. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>
- Drotar, D. (2009). Editorial: Estudios de casos y series: un llamado a la acción e invitación a enviar artículos. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(8), 795-802. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp059>
- GAT (Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana) (2022). *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil*. GAT.
- Lapierre, A. (2008) *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. Descleé De Brouwer.
- Lapierre, A., Llorca, M. y Sánchez, J. (2015). *Fundamentos de la psicomotricidad relacional. Reflexiones desde la práctica*. Aljibe.
- Larbán, J. (2013). *Nacimiento y desarrollo de la vida psíquica*. En M. Díez (coord), *Los trastornos infantiles*. Paidós.
- Llorca, M. y Sánchez, J. (2005). Nacer antes de tiempo. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 19, 141-152.

- Mucchielli, A. (1986). *L'identité*. Puf.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1967). *La génesis de las estructuras lógicas elementales*. Guadalupe.
- Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. BOE n.º 28 02/02/2022.
- Sánchez, J. (2024). *Memoria del proyecto de sanidad 24160019: investigación en psicomotricidad y atención temprana en menores que presentan necesidades especiales y/o se encuentran en situación de riesgo. Período del 10 de enero al 12 de julio 2024*. Universidad de La Laguna.
- Sánchez-Rodríguez, J. (2020). Formarse como Psicomotricista Relacional. En S. Buniva y G. Molfese (Coords) *El saber de la Psicomotricidad en primera persona: Entrevistas entre colegas*. Miño y Dávila Editores.
- Winnicott, D.W. (1990). *Los bebés y sus madres*. Paidós.

La evaluación de funciones ejecutivas en la población infantil asistentes a los jardines de infancia de Santiago de Chile

MARÍA IRLANDA Terraza SALAZAR
DOLORES CASQUERO ARJONA
EDUARDO ELÓSEGUI BANDERA
Universidad de Málaga

1. Introducción

En los últimos 20 años se han desarrollado investigaciones y propuestas teóricas sobre las funciones ejecutivas (FE), responsables del comportamiento cognitivo intencional y dirigido a los aprendizajes de habilidades (Ahmed y Miller, 2011), que incluyen subcomponentes como la inhibición, memoria de trabajo y la atención. Baddeley (1992) agrupaba las funciones ejecutivas en procesos cognitivos que incluían la inhibición, la flexibilidad cognitiva, la planificación, la organización de conducta y la fluidez verbal. Baggetta y Alexander (2016), en un estudio sistemático sobre 106 investigaciones empíricas, identificaron una serie de similitudes conceptuales y operativas entre los investigadores relacionadas con los procesos cognitivos y no cognitivos afectados por las FE: (1) permiten orientar las acciones fundamentales para el aprendizaje y las habilidades cotidianas, (2) regulan la supervisión de estas tareas y (3) controlan no solo el ámbito cognitivo, sino también los dominios socioemocionales.

Cualquier programa de intervención debe proporcionar de manera sistemática, intensiva y regular una estructura organizativa externa que estimule la aplicación de las capacidades cogniti-

vas y autorregulatorias del niño en una amplia variedad de tareas de interacción social (Siegel, 2001). Esto implica aspectos nucleares como enriquecimiento perceptivo, comunicativo y lingüístico, motriz y afectivo social. El objetivo principal de esta investigación es evaluar las FE en niños y niñas de 3 y 4 años que asisten a los jardines infantiles de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).

2. Método / Experiencia

Esta investigación tiene un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) y se realiza en los jardines infantiles de la JUNJI en la región metropolitana de Santiago, Chile, con un diseño de medidas independientes para la comprobación de los factores considerados (edad, género, comuna y provincia de ubicación de los Jardines Infantiles).

2.1. Procedimiento y muestra

A través de la JUNJI, se invita a participar a los jardines infantiles de la región metropolitana de Santiago; aceptan 22 jardines infantiles que representan 22 comunas de las seis provincias (Cordillera, Centro, Sur, Norte, Poniente y Oriente) que componen la región. La muestra está conformada por 163 niños (81 niños y 82 niñas).

2.2. Instrumento

El Brief-P es un instrumento estandarizado que evalúa las FE en niños y niñas entre 2 y 5 años y analiza los comportamientos cotidianos asociados a los dominios específicos del funcionamiento ejecutivo en el contexto familiar, escolar y preescolar. Está dirigido a los padres, educadores u otros cuidadores. Este cuestionario está compuesto por 63 ítems agrupados en cinco escalas clínicas que miden el funcionamiento ejecutivo. En los niños en edad preescolar, y de acuerdo con lo señalado por Gioia et al. (2016), las FE se pueden evaluar empleando tareas adecuadas a su nivel de desarrollo, como aquellas adaptadas de la neurociencia cognitiva del desarrollo. En esta investigación, el

cuestionario ha sido respondido por las educadoras a cargo del nivel de los niños; las respuestas se realizan mediante una escala de frecuencia tipo Likert que presentan tres opciones: nunca, a veces, frecuentemente. Las escalas clínicas son:

- **Inhibición (INH)** evalúa la capacidad para inhibir, resistir o no reaccionar a un impulso, así como la existencia de dificultades para detener o frenar la propia conducta en el momento oportuno.
- **Flexibilidad (FLE)** valora la capacidad para cambiar libremente de una situación, actividad o aspecto de un problema a otro.
- **Control emocional (CEM)** valora la existencia de dificultades para modular las respuestas emocionales, bien como labilidad afectiva o como explosividad emocional.
- **Memoria de trabajo (MTR)** mide la presencia de dificultades para mantener la información en la mente. La memoria de trabajo es un elemento central de la disfunción ejecutiva (Pennington, 1997).
- **Planificación y organización (POR)** mide el nivel de problemas para gestionar las demandas actuales y futuras de las tareas teniendo en cuenta el contexto situacional.

Estas escalas se agrupan en tres índices:

- **Autocontrol inhibitorio (IAI)** representa el grado de problemas o dificultades presentes en el niño para modular sus acciones, respuestas, emociones y conductas.
- **Flexibilidad (IFL)** representa la existencia de dificultades en el niño para modular el comportamiento y sus reacciones emocionales.
- **Metacognición emergente (IME)** representa el grado en que el niño tiene problemas para iniciar, planificar, organizar, implementar y mantener una solución de problemas orientadas al futuro.

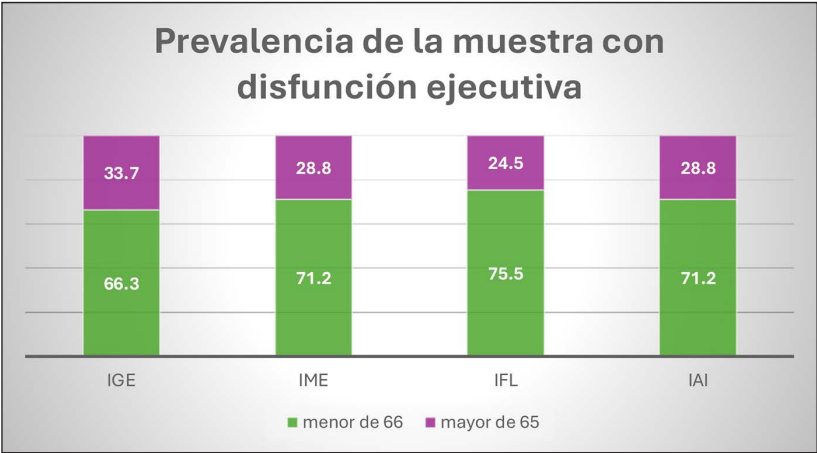
Estos dan lugar a un índice global de función ejecutiva (IGE) que se obtiene a partir de las cinco escalas clínicas del Brief-P. Por cada una de las escalas y de los índices, el cuestionario da una puntuación directa (PD) que se transforma en una puntua-

ción típica (TP) y se caracteriza por representar una distribución poblacional de referencia, cuya media es 50 puntos y la desviación típica, de 10 puntos. A mayor puntuación T, mayor grado de disfunción ejecutiva; así, puntuaciones por encima de 65 (1,5 de desviación típica) pueden considerarse como puntuaciones con significación clínica potencial.

3. Resultados

El IGE en la muestra evidencia un porcentaje significativo (33,7 %) de niños y niñas con déficit en las FE. Este IGE no muestra diferencias significativas con el resto de los índices: MIGE = 57,91; MIME = 58,78; MIFL = 55,17 y MIAI = 56,86; todas inferiores a una diferencia de puntuación T menor de 8 puntos, lo que muestra al IGE como indicador válido para determinar las FE de los participantes. Este IGE está, sobre todo, relacionado (ver figura 1) con la prevalencia de las escalas de control emocional (CEM), 30,1 %, y de planificación y organización (POR), 33,1 %.

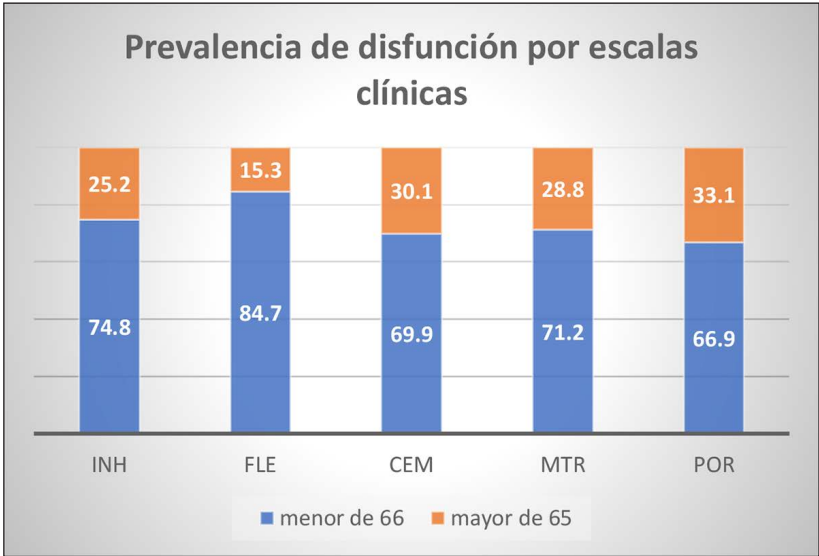
Figura 1. Prevalencias comparativas de los índices del Brief-P



Donde mayor dificultad presentan los niños y niñas es en la capacidad de ordenar la información, las acciones o los materiales para conseguir una meta (33,1 %) (ver figura 2), así como la modulación de respuestas emocionales apropiadas (30,1 %).

También con porcentajes elevados (entre 25 % y 30 % de la muestra), aparece la capacidad del niño para mantener la información en la mente con el objetivo de completar una tarea o dar una respuesta (28,8%) y, asociada a ella, la capacidad para detener o frenar su propia conducta en el momento oportuno (25,2%). El porcentaje más pequeño de disfunciones ejecutivas se presenta en la capacidad del niño para cambiar libremente de una situación, actividad o aspecto de un problema a otro (15,3%).

Figura 2. Prevalencias comparativas de las escalas del Brief-P



Nota. Los valores se corresponden a los porcentajes en cada una de las escalas por la división del P65 como puntuación típica a partir de la cual se da una deficiencia en la función ejecutiva

3.1. Edad

En los participantes de 3 años, los porcentajes que presentan mayor prevalencia de dificultades ejecutivas (ver tabla 1) son en el IGE (34 %) y en el IME (31 %), así como en las escalas POR (32 %) y MTR (31 %). En cambio, en los participantes de 4 años esta mayor prevalencia de déficit ejecutivo se da en los índices IGE (33,3 %) y en los IFL e IAI, con igual porcentaje, un 31,7 %, lo que muestra que las escalas con mayor porcentaje de disfunción son el CEM y el POR, con un 34,9 % de población afectada.

Tabla 1. Comparación de las prevalencias que marcan la disfunción ejecutiva (T>65) en los índices y escalas del Brief-P, según edad

		3 AÑOS		4 AÑOS	
		T < 66	T > 65	T < 66	T > 65
ÍNDICES	IGE	66,0%	34,0%	66,7%	33,3%
	IME	69,0%	31,0%	74,6%	25,4%
	IFL	80,0%	20,0%	68,3%	31,7%
	IAI	73,0%	27,0%	68,3%	31,7%
ESCALAS	INH	76,0%	24,0%	73,0%	27,0%
	FLE	89,0%	11,0%	77,8%	22,2%
	CEM	73,0%	27,0%	65,1%	34,9%
	MTR	69,0%	31,0%	74,6%	25,4%
	POR	68,0%	32,0%	65,1%	34,9%

3.2. Género

Considerando el género de los participantes, los porcentajes que determinan un déficit clínico de las FE, tanto de los índices como de las escalas clínicas, se detallan en la tabla 2. Comparando los índices que presentan una significación clínica de disfunción ejecutiva (T > 65), en los niños son el índice global de FE (37,8 %) y el índice de metacognición emergente (30,5 %), y en las niñas tenemos los mismos índices (IGE e IME) los que presentan mayores prevalencias, aunque con menor porcentaje (ver figura 3).

En las escalas, los mayores porcentajes en niños corresponden a la escala de planificación y organización (35,4 %), así como al control emocional (30,5 %), que son las mismas escalas con mayor prevalencia, aunque con menores porcentajes POR (30,9 %) y CEM (29,6 %), como se puede ver en el gráfico comparativo de la figura 4. Un dato llamativo en esta comparación es la diferencia del 23,2 % de déficit en la escala de flexibilidad en los niños frente al 7,4 % en las niñas.

Siendo más exhaustivos en el estudio de las diferencias de las cinco escalas y el género, así como de los tres índices y el género, y tomando las puntuaciones directas, hacemos las pruebas de contrastes de media paramétricas y no paramétricas en los casos

Tabla 2. Comparación de las prevalencias en los índices y escalas del Brief-P, según género

		MASCULINO		FEMENINO	
		T < 66	T > 65	T < 66	T > 65
ÍNDICES	IGE	62,2 %	37,8 %	70,4 %	29,6 %
	IME	69,5 %	30,5 %	72,8 %	27,2 %
	IFL	74,4 %	25,6 %	76,5 %	23,5 %
	IAI	73,2 %	26,8 %	69,1 %	30,9 %
ESCALAS	INH	74,4 %	25,6 %	75,3 %	24,7 %
	FLE	76,8 %	23,2 %	92,6 %	7,4 %
	CEM	69,5 %	30,5 %	70,4 %	29,6 %
	MTR	70,7 %	29,3 %	71,6 %	28,4 %
	POR	64,6 %	35,4 %	69,1 %	30,9 %

Figura 3. Prevalencias comparativas por género de los índices del Brief-P

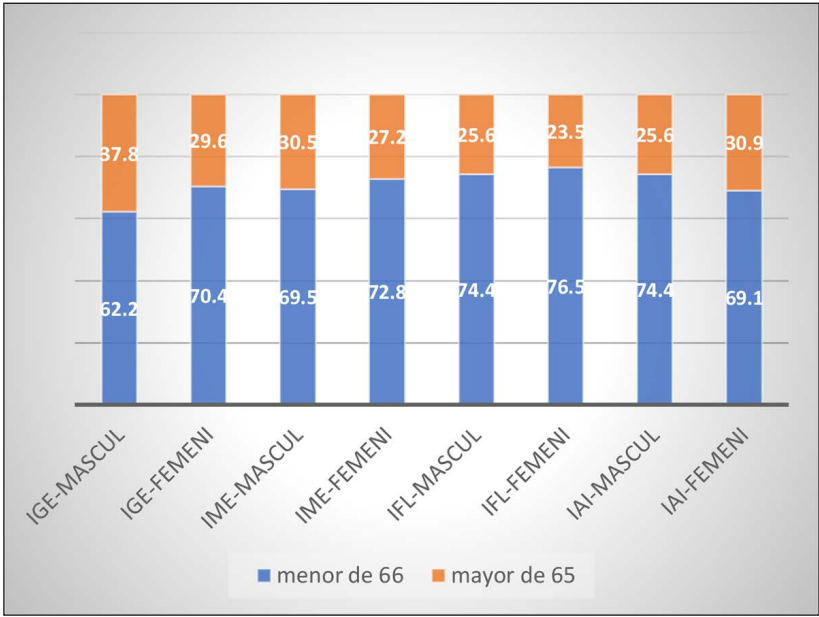
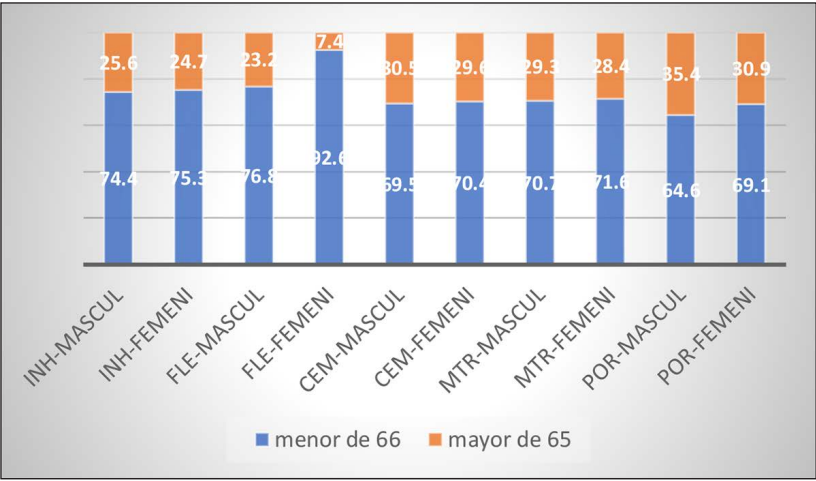


Figura 4. Prevalencias comparativas por género de las escalas del Brief-P



de no cumplimiento del principio de homocedasticidad, mediante la prueba t de Student o mediante la prueba U de Mann-Whitney, obteniéndose los estadísticos descriptivos y de contrastes descritos en la tabla 3.

En cuanto a los Índices, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en el índice de metacognición emergente (IME), siendo mayor la puntuación directa obtenida por los niños ($M=47,28$; $DT=12,28$) que por el grupo de niñas ($M=41,95$; $DT=11,97$), lo que da lugar a que la prevalencia de déficit ejecutivo en este índice sea significativamente mayor en niños que en niñas (ver tabla 3). En el resto de los indicadores, siempre se obtienen puntuaciones directas más altas en el grupo de niños que de niñas, aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas (ver ilustración 3).

Considerando las escalas, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos masculino y femenino en la escala de memoria de trabajo y la escala de planificación y organización, ambas con un valor de $p < 0,01$. En el primer caso, la puntuación de los niños ($M=29,87$; $Dt=7,90$) es mayor que las niñas ($M=26,55$; $Dt=7,72$), lo que da lugar a que la prevalencia de déficit ejecutivo en esta escala de memoria de trabajo sea significativamente mayor en niños que en niñas (ver ilustración 4). En la escala de planificación y organización, la puntuación obte-

nida por los niños ($M=17,40$; $Dt=4,64$) es significativamente mayor que la obtenida por las niñas ($M=15,53$; $Dt=4,43$); en la ilustración 4 se ve cómo está más presente la disfunción en planificación y organización en el grupo masculino que en el femenino.

Tabla 3. Estadísticas por grupo y prueba T para la igualdad de medias de las escalas según el género

		GÉNERO	N	Media	DT	Prueba	gl	p
ÍNDICES	IGE	Masculino	81	102,93	31,65	$t=1,841$	161	0,067
		Femenino	82	94,77	24,42			
	IME	Masculino	81	47,28	12,28	$t=2,805$	161	0,006
		Femenino	82	41,95	11,97			
	IFL	Masculino	81	30,03	10,65	$U=2871$		0,132
		Femenino	82	28,56	7,63			
	IAI	Masculino	81	43,60	14,76	$t=2,632$	161	0,009
		Femenino	82	39,56	33,55			
	INH	Masculino	81	27,08	8,83	$t=2,231$	161	0,027
		Femenino	82	24,11	8,16			
ESCALAS	FLE	Masculino	81	14,34	5,12	$U=3059,5$		0,384
		Femenino	82	13,12	2,88			
	CEM	Masculino	81	16,15	6,01	$t=0,746$	161	0,457
		Femenino	82	15,45	6,00			
	MTR	Masculino	81	29,87	7,90	$t=2,713$	161	0,007
		Femenino	82	26,55	7,72			
	POR	Masculino	81	17,40	4,64	$t=2,632$	161	0,009
		Femenino	82	15,53	4,43			

3.3. Comuna y provincia de ubicación del jardín infantil

Siguiendo el esquema anterior, se realiza, igualmente, un primer análisis de acercamiento para conocer la prevalencia de disfunción ejecutiva a partir de los índices globales de FE medidos por el Brief-P presentes en los participantes, según la comuna y provincia donde se ubica el jardín infantil, mediante un análisis

descriptivo Crosstabs, cuyos resultados, referidos solo a frecuencias para una lectura más clara, se han organizado en la tabla 4.

En este caso, el análisis de asociación nos da un valor C de contingencia de 0,475 con $p < 0,001$, por lo que tenemos diferencias estadísticamente significativas entre unos jardines infantiles y otros.

Tabla 4. Distribución de los niveles normales y clínicos en los IGE según el jardín infantil

		IGE		Total
		T < 66	T > 65	
JARDIN	Antu Ayen	3	2	5
	Burbujita	4	1	5
	Copito de Nieve	8	1	9
	Dai Antu	6	1	7
	El Canelo	5	4	9
	El Manzano	3	7	10
	Eloísa Diaz	1	3	4
	Girasol	11	4	15
	Hammarskjold	1	1	2
	Las Ardillitas	6	1	7
	Laurita Vicuña	7	1	8
	Los Magnolios	1	1	2
	Los Trinos	9	3	12
	Lufke Antu	6	2	8
	Millantun	2	8	10
	Mundo Acuarela	4	3	7
	Peñi Mapu	5	0	5
	Perucho	8	1	9
	Primavera	3	8	11
	Principito	2	3	5
	Ruiseñor del Alba	6	0	6
	Willi Mapu	7	0	7
Total		108	55	163

Si tenemos en cuenta la comuna donde se inserta el jardín infantil, los niveles de disfunción ejecutiva medidos por índice global de FE del Brief-P presente en los participantes se corresponde con lo detallado en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución de los niveles normales y clínicos en los IGE según la comuna

		IGE		Total
		T < 66	T > 65	
COMUNA	Cerro Navia	4	1	5
	Conchalí	6	2	8
	El Bosque	7	1	8
	Estación Central	7	0	7
	Huechuraba	5	4	9
	La Granja	1	1	2
	La Pintana	2	8	10
	Lo Espejo	6	1	7
	Lo Prado	9	3	12
	Macul	8	1	9
	Maipú	4	3	7
	Ñuñoa	11	4	15
	Pedro Aguirre Cerda	1	3	4
	Peñalolén	8	1	9
	Pudahuel	3	2	5
	Puente Alto	5	0	5
	Quilicura	6	1	7
	Recoleta	3	7	10
	Renca	6	0	6
	San Bernardo	2	3	5
	San Ramon	3	8	11
	Vitacura	1	1	2
Total		108	55	163

Si ordenamos los jardines infantiles en función del porcentaje que nos habla de disfunción ejecutiva (ver tabla 6), solo en tres de ellos no hay participantes que presenten puntuaciones superiores de $t=65$ (Peñi Mapu, Ruiseñor del Alba y Willi Mapu); en el resto, observamos prevalencias que llegan a ser muy altas (con un 50 % o más) en Jardín Infantil Millantun (80 %), Eloísa Díaz (75 %), Primavera (72 %), El Manzano (70 %), Principito (60 %), Hammarskjold (50 %) y Los Magnolios (50 %).

Tabla 6. Prevalencia de los niveles clínicos ($T>65$) de los IGE en los jardines infantiles

JARDIN	% Nivel afectación ejecutiva
Millantun	80,0
Eloísa Díaz	75,0
Primavera	72,7
El Manzano	70,0
Principito	60,0
Hammerskjold	50,0
Los Magnolios	50,0
El Canelo	44,4
Mundo Acuarela	42,9
Antu Ayen	40,0
Girasol	26,7
Los Trinos	25,0
Lufke Antu	25,0
Burbujita	20,0
Dai Antu	14,3
Las Ardillitas	14,3
Laurita Vicuña	12,5
Copito de Nieve	11,1
Perucho	11,1
Peñi Mapu	0,0
Ruiseñor del Alba	0,0
Willi Mapu	0,0

Si ordenamos las provincias en función de la prevalencia con significación clínica de la dificultad en las FE, la más afectada es la provincia Cordillera con un 60,7%; el resto de las provincias se ubican en un rango del 20 a 35 % de prevalencia.

Tabla 7. Prevalencia del nivel clínico en la funciones ejecutivas distribuido por provincia

PROVINCIA	% Nivel afectación ejecutiva
Cordillera	60,7
Norte	35,0
Centro	33,3
Poniente	27,3
Sur	25,0
Oriente	20,0

4. Discusión

En la población preescolar de Chile, un trabajo de Strasser et al. (2016) pone de manifiesto cómo el nivel socioeconómico tiene mayor influencia en el desarrollo de la inteligencia verbal que en las FE. La flexibilidad, un componente de las FE, está relacionada con la composición y descomposición de palabras. Así, Zelazo et al. (2017), muestran la existencia de una fuerte asociación entre las funciones ejecutivas y el desarrollo del lenguaje.

Desde el ámbito de las neurociencias, la psicología evolutiva, la neuropsicología y la psicología cognitiva, se habla cada vez con más fuerza sobre la importancia de estudiar, investigar y conocer los procesos del desarrollo humano desde muy temprana edad. Este conocimiento, sin lugar a duda, ha de favorecer la identificación temprana de todo signo de alerta y de atraso, lo que, a su vez, permitirá intervenir en forma oportuna y eficaz. De esta manera, será posible disminuir significativamente los riesgos y consecuencias que puede tener un atraso y/o daño en el desarrollo en la vida de los niños y niñas y en las manifestaciones que este tendrá en las diversas áreas de la vida: cognitiva, emocional, conductual y social.

5. Conclusiones

En los resultados de la evaluación de las FE apreciamos que la mayor dificultad que presentan los niños y niñas está relacionada con la capacidad de ordenar la información, las acciones o los materiales para conseguir una meta (33,1 %); también vemos que el porcentaje más pequeño de disfunciones ejecutivas se presenta en la capacidad para cambiar libremente de una situación, actividad o aspecto de un problema a otro (15,3 %).

El índice global de FE (IGE) en la muestra señala un porcentaje bastante significativo (33,7 %) de niños y niñas con un déficit en las FE. Este IGE no muestra diferencias significativas con el resto de los índices: Mige = 57,91; Mime = 58,78; Mifl = 55,17 y Miai = 56,86; todas inferiores a una diferencia de puntuación T menor de 8 puntos, lo que valida al IGE como indicador para determinar las FE. Este IGE está, sobre todo, relacionado con la prevalencia de las escalas de control emocional (CEM) 30,1 % y de planificación y organización (POR) 33,1 %.

También podemos observar con porcentajes elevados (más de un 25 % de la muestra) que están relacionados con las dificultades de los niños y niñas para mantener la información en la mente con el objetivo de completar una tarea o dar una respuesta (28,8 %) y, asociado a ella, las dificultades para detener o frenar su propia conducta en el momento oportuno (25,2 %). Es importante señalar las diferencias por edad (seguramente por desarrollo evolutivo, pues es mayor en 3 años que en 4 años, aunque por género, estas diferencias son menores).

6. Referencias

- Ahmed, F. S. y Miller, L. S. (2011). Executive function mechanisms of theory of mind. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(5), 667-678. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1087-7>
- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science*, 255(5044), 556-559. <https://doi.org/10.1126/science.1736359>
- Baggetta, P. y Alexander, P. A. (2016). Conceptualization and operationalization of executive function. *Mind, Brain, and Education*, 10(1), 10-33. <https://doi.org/10.1111/mbe.12100>

- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 3.
- Gioia, G.A., Espy, K.A. y Isquith, P.K. (2016). *BRIEF-P Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva-Versión Infantil*. (E. Bausela y T. Luque, adaptadoras). TEA Ediciones.
- Pennington, B. F. (1997). Dimensions of executive functions in normal and abnormal development. En N. A. Krasnegor, G. R. Lyon y P. S. Goldman-Rakic (eds), *Development of the prefrontal cortex: Evolution, neurobiology and behavior* (pp. 265-281). Paul H. Brookes.
- Rincón, M. y Rey, C. A. (2017). Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas del Brief-P en preescolares colombianos. *Rev. CES Psicología*, 10(1), 48-62. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.4>
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94. <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/10970355>
- Strasser, K., Rolla, A. y Romero-Contreras, S. (2016). School readiness research in Latin America: Findings and challenges. *New directions for child and adolescent development*, 2016(152), 31-44. DOI:10.1002/cad.20160
- Zelazo, P. D., Blair, C. B. y Willoughby, M. T. (2017). *Executive Function: Implications for Education*. NCER 2017-2000. National Center for Education Research <http://ies.ed.gov/ncer/pubs/20172000>

¿Cómo desarrollar las funciones ejecutivas en el segundo ciclo de educación infantil desde la prevención? Programa ADHISO

DRA. NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ
Equipo de atención temprana de Valladolid

IRENE HERVÍAS MORÍÑIGO
CEIP Pedro I

FLORA MARÍA NIETO LINARES
CEIP Teresa Íñigo de Toro

ANAÍS TREJO ALONSO
Equipo de atención temprana de Valladolid

1. Introducción

Las funciones ejecutivas (FE) son un conjunto de procesos cognitivos de orden superior que permiten la regulación del comportamiento, la planificación y la resolución de problemas. Estas habilidades incluyen el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva (Diamond, 2013). Inicialmente, el término funciones ejecutivas hacía alusión a aspectos puramente cognitivos, sin embargo, posteriores investigaciones muestran evidencias que contemplan un concepto de sistema ejecutivo dual (García-Arias, 2012) en el que existen dos FE estrechamente relacionadas, pero diferentes no solo en su contenido, sino con activación en diferentes regiones frontales del cerebro (Roca

et al., 2014). Así pues, se habla de FE cálidas, cuya adquisición tiene una vertiente más emocional y conductual, y FE frías, relacionadas con aspectos más puramente cognitivos.

La realidad de los centros educativos muestra un alumnado neurodivergente que manifiesta diferentes niveles de competencias educativas, sociales y personales. En lo referente a la función ejecutiva, alumnos que presentan conductas compatibles con trastornos del neurodesarrollo presentan alteraciones en alguno o gran parte de los componentes ejecutivos, como es el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro del autismo (TEA) y trastorno del desarrollo del Lenguaje (TDL), entre otros (Ambiado-Lillo y Blake, 2024; Ozonoff y Jensen, 1999; Ozonoff y Griffith, 2000; Papazian et al., 2006; Portellano, 2007).

Ya en el año 2017, autores como Romero et al. realizaron un estudio de investigación sobre distintos programas de intervención en relación con las funciones ejecutivas en educación infantil a través de juegos computerizados, las artes marciales, el yoga, la atención plena y los programas incluidos en el currículum escolar. Tras un análisis de resultados prometedor, propusieron diferentes estrategias para mejorar tales funciones durante la etapa de educación infantil. En 2021, el equipo de trabajo de Romero aplicó el programa EFE-P dentro del plan de estudios de la enseñanza infantil, que proporciona entornos de aprendizaje contextualizados y realistas.

Estudios posteriores (García Núñez y Gómez-Mármol, 2023) mencionan que el aula es fundamental para la promoción de las funciones ejecutivas, junto con la actividad física, para el trabajo y mejora de la autorregulación y tales procesos cognitivos superiores. Autores como Romero et al. (2018), identifican que los déficits en inhibición están más relacionados con problemas de conducta, mientras que la flexibilidad cognitiva tiene una mayor correlación con la adaptabilidad y las habilidades sociales. En este sentido, Parrado (2024), a través del estudio de distintos programas de FE llevados a cabo en el ámbito escolar, explicita que el aula, como escenario educativo y de intercambio social natural, es uno de los mejores espacios para llevar a cabo programas ricos en experiencias estimulantes planteadas a partir del entendimiento neurocognitivo del estudiante. Por tanto, la estimulación y el entrenamiento temprano de las FE está vinculado

a un mejor rendimiento académico y social en etapas posteriores (Miyake et al., 2000; Moffit et al., 2011).

Otro programa llevado a cabo en 2023 (Pérez Marfil et al.) muestra resultados estadísticamente significativos y favorables en aspectos relacionados con la creatividad y el control emocional. En esta misma línea, se ha demostrado la importancia de trabajar la memoria de trabajo en niños de 3 a 8 años (Carretti et. al., 2022).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el programa ADHISO surge como una propuesta de intervención preventiva para trabajar las funciones ejecutivas en niños de 4 a 6 años, etapa en la que anteriormente no se tenía en cuenta la neuroeducación ni la inclusión de metodologías activas y participativas que contemplasen el diseño universal de aprendizaje. Este programa fue creado mediante diseño A-B de caso único, y sus resultados contribuyen al desarrollo de las competencias en autocontrol del comportamiento, habilidades metacognitivas y autoinstrucciones en aquellos alumnos en los que fue aplicado (García González, 2014). Posteriores experiencias en la aplicación de ADHISO no solo han mostrado beneficios para alumnos que presentan necesidades educativas de carácter ejecutivo, sino también para la totalidad del grupo clase (Calleja González y García González, 2018).

2. Experiencia

El planteamiento de la experiencia llevada a cabo se concreta en la implementación del programa ADHISO centrado en la mejora de las FE en niños de tercer curso de segundo ciclo de educación infantil, cuyo grupo clase es heterogéneo, ya que incluye a alumnos que presentan alguna necesidad educativa específica.

La aplicación del programa se realiza durante el curso escolar 2022/2023, entre los meses de octubre y mayo. Se establece con la tutora una sesión a la semana, la cual no supera los treinta minutos. Algunas de las sesiones se desarrollan con la totalidad del grupo clase, y otras en grupos reducidos de, como máximo, cinco o seis alumnos.

Prevía a la impartición del programa, la orientadora que lleva a cabo la experiencia se pone en contacto con cada familia para informar sobre el desarrollo de este, objetivos que conseguir y su

autorización familiar. Se acuerda con las familias que a su finalización se les hará entrega de un informe personalizado sobre el progreso de cada alumno tanto en las habilidades ejecutivas como en el logro de las aptitudes de educación infantil.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- Mejorar el desarrollo de las funciones ejecutivas y conductuales en educación infantil.
- Dotar al alumnado de las destrezas necesarias para mejorar la competencia social, académica y personal.
- Favorecer las habilidades de la vida diaria en los alumnos para la implementación de la autonomía personal.
- Puesta en práctica, en situaciones cotidianas, de habilidades conductuales y sociales adquiridas durante el desarrollo del programa.
- Fomentar la participación de las familias en el desarrollo del programa para mejorar la coordinación familia-escuela.
- Hacer consciente al alumno de sus habilidades y aspectos para mejorar, como protagonista de su aprendizaje.

2.1. Contexto y población

El programa se implementó en un centro de educación infantil y primaria (CEIP Isabel de Castilla) situado en Serrada, un entorno rural de la provincia de Valladolid. El aula que fue objeto de la práctica educativa presentaba un total de 11 estudiantes de edades comprendidas entre 5 y 6 años, lo que corresponde a un tercer curso del segundo ciclo de educación infantil, en el marco de la educación inclusiva.

2.2. Materiales y metodología

Atendiendo a la publicación del programa (Calleja González y García González, 2018a, 2018b), ADHISO cuenta con los siguientes materiales: un manual del profesor y un cuaderno del alumno, que, a su vez, incluye materiales manipulativos como marionetas representativas de las funciones ejecutivas clave, fichas de *memory*, cartones de bingo, cestas de la compra, puzles, etc.

La metodología surge desde la perspectiva neuroeducativa basada en el DUA, que contempla los principios constructivistas,

sistémicos y ecológicos de las metodologías activas, sin perder la perspectiva de rutinas de pensamiento y estrategias lúdicas.

El programa se compone de 27 sesiones con tres niveles de dificultad, en el que se incluye un cuento de apertura y uno de cierre. De igual modo, las actividades de presentación y uso de personajes fomentan el adecuado uso de autoinstrucciones. Se propone la realización de una sesión semanal con una duración de unos 20 minutos, la cual se puede llevar a cabo en pequeño o gran grupo. En el caso de formar pequeños grupos de trabajo, se propone que los alumnos que los integren tengan diferentes niveles competenciales para desarrollar la ayuda entre iguales y/o aprendizaje cooperativo.

Así mismo, ADHISO promueve la adquisición de habilidades conductuales y socioemocionales competentes que, tras su generalización en diversas situaciones, tanto en el aula como en el patio, mejorarán sus habilidades de inhibición, toma de decisiones y resolución de conflictos, entre otras.

Uno de los aspectos clave para favorecer la autorregulación cognitiva y conductual en los alumnos es la autoevaluación al finalizar cada sesión, con el objeto de que el propio alumno sea consciente de las habilidades ejecutivas trabajadas. De esta forma, la finalidad que se persigue es la aplicación y generalización de forma eficiente de tales habilidades en otras tareas o contextos. La evaluación continua y final por parte de los alumnos y el propio maestro permitirá el desarrollo de habilidades metacognitivas, FE más compleja de adquirir en estas edades.

Las funciones ejecutivas cálidas se trabajan mediante historias sociales, las cuales se fundamentan en situaciones cotidianas que los alumnos experimentan con sus iguales tanto en los centros educativos como en el seno familiar o espacios de ocio.

2.3. Evaluación de la experiencia educativa

Como herramientas estandarizadas de medida de la experiencia educativa impartida se emplean dos instrumentos de evaluación psicopedagógica: un cuestionario específico de funciones ejecutivas, evaluación conductual de la función ejecutiva-versión infantil (BRIEF-P), cumplimentado por la tutora antes y después de la aplicación del programa ADHISO, y una prueba de aptitudes de educación infantil (AEI-R).

El BRIEF-P es un instrumento que permite evaluar las funciones ejecutivas en niños de entre 2 y 5 años y 11 meses, cuya aplicación no suele exceder de quince minutos. Los informantes (familiares, maestros u otros cuidadores habituales del niño) han de responder los 63 ítems que se incluyen a través de una escala de tipo Likert con tres opciones de respuesta: nunca, a veces y frecuentemente. Los resultados se encuadran bajo cinco escalas clínicas (inhibición, control emocional, flexibilidad, planificación y organización y memoria de trabajo), y tres índices (autocontrol inhibitorio, flexibilidad y metacognición emergente). Además, se especifican un índice global de función ejecutiva y escalas de validez que miden la negatividad e inconsistencia en las respuestas. Los resultados obtenidos en su análisis empírico concluyeron que dicho instrumento es válido y fiable para la evaluación de funciones ejecutivas en niños de estas edades, una vez testado en una población de más de 2000 participantes entre familiares y profesores (Bausela y Luque, 2017).

Por su parte, la prueba de aptitudes en educación infantil-revisado (AEI-R) está destinada a la evaluación de las aptitudes al final de la Educación Infantil (2.º y 3.º). El objetivo de la prueba es conocer los puntos fuertes y débiles de cada niño para poder planificar programas de refuerzo de cara al inicio de la enseñanza primaria. Las cinco aptitudes fundamentales que mide son verbal, cuantitativa, espacial, memoria y visomotricidad (Dpto. de I+D+i de Hogrefe TEA Ediciones, 2018).

Otras herramientas no estandarizadas empleadas son la observación sistemática de cada alumno en cada una de las sesiones y en la exposición en situaciones reales y cotidianas, entrevista dirigida al alumno al finalizar cada sesión, y recogida de información a través de los materiales didácticos aplicados. Tales estrategias sirven para la autoevaluación del estudiante, evaluación continua de cada sesión y evaluación final.

3. Resultados

Los resultados de la experiencia educativa a través de la implementación del ADHISO se enmarcan en dos campos diferenciados: resultados positivos y otros resultados.

3.1. Resultados positivos

La gran acogida por parte de la maestra y el alumnado potenció el efecto motivador del programa, que ya de por sí incluye un componente lúdico, para que la implicación en la ejecución de cada una de las sesiones fuese lo más productiva posible.

- Mejora de las habilidades de la vida diaria de todos los alumnos favoreciendo la autonomía personal.
- Mejora de funciones ejecutivas frías referidas principalmente a la memoria de trabajo, la permanencia en la tarea, la orientación visoespacial, la velocidad de procesamiento y la resolución de problemas.
- Mejora de las funciones ejecutivas cálidas referidas a la competencia social en comprensión emocional, empatía, resolución de problemas y toma de decisiones. Los alumnos, cada vez más autónomos, adquirieron la habilidad de pedir ayuda a un igual, cuando era necesario, y a plantear posibles soluciones en equipo, cuando la situación lo requería. Esto repercutió positivamente en la competencia social, tanto individual como grupal de los alumnos, y en la adquisición de habilidades sociales básicas.
- Mejora de la competencia educativa a través de situaciones para el aprendizaje y rutinas de pensamiento. Los alumnos, siguiendo la rutina del desarrollo de cada una de las sesiones mediante el empleo de las marionetas que apoyan autoinstrucciones ejecutivas, extrapolaron su uso en tareas planteadas en el aula, tanto en la asamblea como en el trabajo en mesa.
- Mejora de la competencia personal. Los alumnos identificaron sus potencialidades y aspectos que mejorar, y aprendieron a interpretar el error como oportunidad de aprendizaje.

3.2. Otros resultados

- La implicación de las familias no pudo hacerse efectiva en la totalidad del alumnado.
- La muestra de alumnado en la que se ha llevado el programa no es significativa en parámetros estadísticos, al igual que las medidas de evaluación empíricas aplicadas.

4. Discusión

Este estudio ha sido diseñado para mostrar la viabilidad de llevar a cabo el programa ADHISO con el grupo aula, teniendo en cuenta los resultados positivos de la aplicación de programas de intervención de funciones ejecutivas analizados a través de investigaciones previas. El reto era comprobar si la contribución en las competencias de autocontrol del comportamiento, habilidades metacognitivas y autoinstrucciones, conclusiones extraídas de su aplicación en pequeño grupo (García González, 2014), podían generalizarse, de igual modo, al grupo clase. Y los resultados son alentadores.

Por un lado, y a pesar de que no haberse realizado como un estudio de investigación, sí se ha observado una mejoría en la memoria de trabajo, la permanencia en la tarea, la orientación visoespacial, la velocidad de procesamiento y la resolución de problemas, según los resultados del BRIEF-P. Por otro lado, mejoran su competencia social, principalmente en la resolución de problemas y en la toma de decisiones en equipo, al igual que sucede en otros estudios (Romero et al., 2021, Carretti et. al., 2022).

En virtud de lo expuesto, la puesta en práctica del programa ADHISO en el grupo clase es viable teniendo en cuenta que es uno de los contextos naturales de aprendizaje más relevantes de los alumnos en edades tempranas (García Núñez y Gómez-Mármol, 2023; Parrado, 2024; Miyake et al., 2000; Moffit et al., 2011). Su ejercicio y estimulación precoz permite que todo el alumnado pueda favorecerse del entrenamiento de funciones ejecutivas a través de las metodologías activas que permiten adaptarse al ritmo de cada alumno, favoreciendo no solo la competencia educativa, sino también la social y personal.

5. Conclusiones

Las conclusiones extraídas de la experiencia educativa se consideran positivas desde el punto de vista de los resultados obtenidos. La aplicación del programa ADHISO al grupo aula es un buen ejemplo de los beneficios que se pueden obtener al aplicar el programa a todo el alumnado. Por un lado, todos los alum-

nos han mejorado en diversas funciones ejecutivas que condicionan el desarrollo de su competencia académica, social y personal. Por otro lado, la generalización de las funciones ejecutivas a distintos contextos educativos y/o sociales.

De igual modo, se valora de forma muy favorable la coordinación familia-escuela. Según expresan los progenitores a través de entrevistas realizadas, existe un incremento de la autonomía de sus hijos en las habilidades de la vida diaria, patrones de comportamiento más ajustados en lugares públicos, como, por ejemplo, en el supermercado y en el centro de salud, y mayor adquisición de rutinas y pequeñas responsabilidades en el hogar, entre otros aspectos.

Algunas limitaciones del estudio son inherentes a la experiencia educativa llevada a cabo. Es decir, no cuenta con una muestra representativa de la población a la que va dirigida, y no se ha llevado a cabo un estudio de investigación con análisis psicométricos que avalen de forma más pormenorizada y científica los resultados obtenidos, a pesar de haber escogido un programa que previamente se considera válido desde el punto de vista científico.

Se propone, para futuras investigaciones, ampliar la experiencia educativa del programa ADHISO a diferentes centros educativos dentro del territorio nacional, para alumnos escolarizados en el tercer curso del segundo ciclo de la etapa de educación infantil, cuyas edades son 5-6 años.

6. Referencias

- Ambiado-Lillo, M. M. y Blake, M. G. (2024). Funciones ejecutivas: ¿cómo impactan en el trastorno del desarrollo del lenguaje? Una revisión narrativa. *Revista médica clínica de las Condes*, 35(3-4), 341-346. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.07.007>
- Bausela, E. y Luque, T. (2017). Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva Versión Infantil (BRIEF-P, versión española): fiabilidad y validez. *Acta de investigación psicológica*, 7(3), 2811-2822. DOI: 10.1016/j.aippr.2017.11.002
- Calleja González, M. I. y García González, N. (2018a). *La mejora de funciones ejecutivas y conductuales. Profesor. Programa preventivo ADHISO*. CEPE.

- Calleja González, M. I. y García González, N. (2018b). *La mejora de funciones ejecutivas y conductuales. Alumno. Programa preventivo AD-HISO*. CEPE.
- Carretti, B., Giofrè, D., Toffalini, E., Cornoldi, C., Pastore, M. y Lanfranchi, S. (2022). Structure of working memory in children from 3 to 8 years old. *Developmental Psychology*, 58(9), 1687-1701. <https://doi.org/10.1037/dev0001385>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Dpto. de I+D+i de Hogrefe TEA Ediciones (2018). *AEI-R. Aptitudes en Educación Infantil-Revisada*. TEA Ediciones.
- García-Arias, M. A. (2012). *Las funciones ejecutivas cálidas y el rendimiento académico* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- García González, N. (2014). *Intervención preventiva para alumnos de educación infantil con presencia sintomatológica de TDAH* (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid.
- García-Núñez, C. I., & Gómez-Mármol, A. (2023). Funciones ejecutivas en educación infantil: Conceptualización, importancia, evaluación y experiencias empíricas. *Athlos: Revista internacional de ciencias sociales de la actividad física, el juego y el deporte*, (29), 28-53. <http://museodeljuego.org/wp-content/uploads/FUNCIONES-EJECUTIVAS-EN-EDUCACION-INFANTIL-CONCEPTUALIZACION-IMPORTANCIA-EVALUACION-Y-EXPERIENCIAS-EMPIRICAS.pdf>
- Miyake A., Friedman N. P., Emerson M. J., Witzki A. H., Howerter A. y 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.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Murray Thomson, W., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 108(7), 2693-2698. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Ozonoff, S. y Jensen, J. (1999). Brief Report: Specific Executive Function Profiles in Three Neurodevelopmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(2), 171-176. DOI: 10.1023/a:1023052913110
- Ozonoff, S. y Griffith, E.M. (2000). *Asperger Syndrome or high functioning autism?*. Plenum Press.

- Ozonoff, S. y Strayer, D. L. (2001). Further Evidence of Intact Working Memory in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 257-263. <https://doi.org/10.1023/A:1010794902139>.
- Papazian O., Alfonso I. y Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 42(3), 45-50. DOI: 10.33588/rn.42S03.2006016
- Parrado H. G. (2024). Las funciones ejecutivas en el marco de la neuroeducación: una revisión de los factores que han demostrado mayor impacto en las propuestas de intervención en los contextos escolares. *Journal of Neuroeducation* 5(1), 69-84. <https://doi.org/10.1344/joned.v5i1.45531>
- Pérez-Marfil, M., Fernández-Alcántara, M., Pérez-García, M., Pérez-García, P., García-Navarro X. y Muñoz-González, O. (2023). Estimulación de funciones ejecutivas en niños y niñas en edad escolar. *Universidad y Sociedad* 15(1), 429-435.
- Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología infantil*. Síntesis.
- Roca, M., Manes, F., Cetkovich, M., Bruno, D., Ibáñez, A., Torralva, T. y Duncan, J. (2014). The relationship between executive functions and fluid intelligence in schizophrenia. *Frontal Behaviour Neuroscience*, 8, 46.
- Romero, M., Benavides, A., Fernández, M. y Pichardo, M.C. (2017). Intervención en funciones ejecutivas en educación infantil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 253-262. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.994>
- Romero, M., Pichardo, M. C., Inguglia, S. y Justicia, F. (2018). The role of executive function in social competence and behavioral problems in the last year of preschool. *Anales de Psicología*, 34(3), 490-499. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.3.307391>
- Romero, M., Pichardo, M., Arráez, A., y Cano, F. (2021) (2020). Efecto del programa EFE-P en la mejora de las funciones ejecutivas en educación infantil. *Revista de Psicodidáctica*, 26(1), 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.08.001>
- Romero, M., Pichardo, M., Arráez, A., y Cano, F. (2021). Efecto del programa EFE-P en la mejora de las funciones ejecutivas en Educación Infantil. *Revista Psicodidáctica*, 4(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.08.001>

La subjetividad en los primeros años de vida: tres estudios

CRISTINA MADEIRA-COELHO
Universidade de Brasília

1. Introducción

La teoría de la subjetividad en la perspectiva cultural-histórica-TS, marco conceptual teórico crítico, propone que procesos humanos se caracterizan a partir de los **sentidos subjetivos**, categoría que se define como la unidad de aspectos simbólicos y emocionales producidos singularmente por las personas en sus vivencias culturales. En esta producción, lo simbólico y lo emocional se articulan de forma que uno no precede ni resulta del otro, y las experiencias vivenciadas no se reflejan ni se refractan en las personas, puesto que uno produce sus sentidos propios y singulares sobre ellas.

La capacidad productiva confiere a las personas el carácter activo y generador de procesos subjetivos singulares que, en los estudios tradicionales, no encuentran espacio porque el todo está dicotomizado en pares excluyentes como el individual o el social, el interno o el externo. La singularidad de los procesos subjetivos se contraponen a la posibilidad de producción de criterios evaluativos que estandarizan modelos infantiles universales de desarrollo en etapas rígidas, como en los estudios tradicionales. Así, esa nueva producción de conocimiento presenta valor heurístico para la comprensión de procesos de desarrollo humano sin establecer etapas o criterios evaluativos, como ocurre en los abordajes tradicionales de la psicología del desarrollo.

Uno de los temas que cuestionan el desarrollo de esa perspectiva teórica es la génesis de los procesos subjetivos ¿cómo emer-

gen las primeras producciones del proceso de desarrollo subjetivo de bebés y niños? ¿Cómo el interlocutor (o el investigador) reconoce estas primeras producciones simbólico-emocionales?

El presente texto intenta enfrentar este desafío e indicar posibilidades para comprender el desarrollo subjetivo de los niños y sus desdoblamientos, tanto para el avance teórico-conceptual como para las prácticas educativas, ya sea en centros de educación infantil o en prácticas de educación/estimulación temprana para niños con discapacidades.

El texto se divide en tres tópicos, de inicio presento las principales categorías conceptuales de la TS de González Rey. A continuación, problematizo cuestiones sobre abordajes teóricos tradicionales del desarrollo infantil. Al final, presento los tres estudios que evidencian las formas cualitativamente diferenciadas que asumen los procesos comunicativos articulados a la aparición de procesos subjetivos en estos contextos sociales de desarrollo que se constituyen en la educación infantil. En estos momentos, la interrelación dialógica y comunicativa asume valor diferenciado y participa para la emergencia de los procesos de desarrollo del niño que experiencia el mundo y su cultura.

En el primer estudio, buscamos comprender la emergencia de procesos subjetivos en las experiencias de juego con música de una bebé en la guardería. En el segundo, se abordan los procesos creativos en las expresiones comunicativas de un niño de 3 años con síndrome de Down. En el tercero, se buscó comprender aspectos del proceso de desarrollo subjetivo en relación con el desarrollo lingüístico en niños pequeños.

Los estudios convergen en asumir el rol productivo de los niños en relación con los procesos que viven en las escuelas infantiles, y que este principio responde por la comprensión tanto de aspectos del proceso educativo como de la inscripción de los niños como sujetos de su aprendizaje y desarrollo.

2. Teoría de la subjetividad e epistemología cualitativa¹

La TS, desarrollada por Fernando González Rey y Mitjás (1997, 2005, 2017), es un conjunto teórico que recupera la idea del funcionamiento humano configurado como sistema en el cual están articuladas dimensiones teóricas, principios epistemológicos y procedimientos e instrumentos metodológicos. Mucho más que la elaboración de un nuevo concepto sobre subjetividad, este marco teórico-conceptual constituye una matriz que instituye un nuevo sistema de pensamiento que amplía los límites de representaciones dominantes sobre procesos humanos.

Una de las características fundamentales de este abordaje es el papel central de la producción emocional, que deja de ser un epifenómeno, una calidad del proceso, para ser comprendida como fundamental y producida en articulación a los procesos simbólicos, que se refieren a todos aquellos procesos que sustituyen, transforman y sintetizan sistemas de realidades objetivas en productos que se comprenden a partir de la cultura en la cual fueron producidos (Mitjás Martínez y González Rey, 2017). La siguiente cita marca la articulación de este conjunto de conceptos:

La subjetividad ... se define ontológicamente como un nuevo fenómeno humano cualitativo que surge como resultado de la unidad entre los procesos simbólicos y las emociones, formando unidades cualitativas dinámicas de diferentes complejidades: sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas. Estas están íntimamente entrelazadas, formando un sistema cuya característica principal es el entrelazamiento constante de dinámicas sociales e individuales, configuradas recíprocamente en las producciones subjetivas de ambos niveles, dando lugar a los conceptos íntimamente interrelacionados de subjetividades sociales e individuales. (González Rey y Mitjás Martínez, 2020, p. 51)

1. Por motivos relacionados con el tamaño del texto presento solamente categorías que se relacionan a los estudios. El conjunto teórico-epistemológico está bien delineado en publicaciones anteriores de González Rey.

Desde la TS, el **sujeto** no está pasivamente determinado por situaciones externas a él. El sujeto es activo, simultáneamente comprometido con la cultura, pero también su productor, por tanto, expresa una cualidad subjetiva de la persona en el curso de la acción que no puede generalizarse a individuos o grupos. Como tal, está definido:

El sujeto es aquel individuo o grupo que es capaz de generar un camino alternativo de subjetivación dentro del espacio normativo institucional en que actúa. Ser sujeto no es una calidad general de los individuos o grupos. Una persona puede ser sujeto en una esfera de su vida y no en otra o en una determinada situación y no en otra. (Mitjans Martínez y González Rey, 2017, p. 59)

Sin embargo, la **subjetividad individual** y la social constituyen las producciones subjetivas de los diferentes contextos sociales vivenciados por el sujeto/grupo en las condiciones culturales. Lo individual y lo social no se separan y son espacios de la subjetividad configurados recursivamente, uno como parte de la naturaleza del otro.

Las personas están siempre insertas en una red de procesos institucionales, relacionales y simbólicos de distinta naturaleza que no admiten la dicotomía social-individual tan característica del pensamiento psicológico (Mitjans Martínez y González Rey, 2017, 2020).

La especificidad del complejo objeto de estudio exigió de González Rey el desarrollo de la epistemología cualitativa (EQ), sus principios y desdoblamientos en la metodología constructivo-interpretativa (MCI).

Este aporte epistemológico se distancia de dinámicas metodológicas de pregunta-respuesta directa, en la que las expresiones lingüístico-discursivas se convierten automáticamente en datos de la investigación. El hacer pesquisas es un encuentro de comunicación dialógica en que se busca la expresión subjetiva de los participantes.

Los principios que organizan singularmente la EQ son la pesquisa como construcción interpretativa de los procesos subjetivos vinculados a temáticas de interés del investigador, la pesquisa como una práctica social dialógica y el valor que la singularidad asume para la construcción de conocimiento.

Los tres estudios que se presentan comparten este abordaje complejo y se orientan a comprender la unidad en la creación/transformación conjunta de sentidos que, a lo largo del desarrollo, se establece en los contextos comunicativos sociales de bebés y niños pequeños, con y sin desarrollo atípico.

2.1. El desarrollo subjetivo

Desde muy temprano, los niños desarrollan formas diferenciadas de sentir y producir subjetivamente el mundo en que viven, vía relación afectivo-comunicativas y de los recursos simbólicos de la cultura. De esta forma, el individuo, la sociedad y la cultura están permanentemente articuladas por el hilo conductor de la subjetividad (Muniz y Mitjáns Martínez, 2020).

Consideramos **desarrollo subjetivo** el desarrollo de nuevos recursos subjetivos que permiten al individuo cambios cualitativos en áreas diversas de la vida y que le generan una implicación personal cada vez más profunda en el área en que la configuración subjetiva del desarrollo se organiza. (Mitjáns Martínez y González Rey, 2017 p. 73)

Por tanto, el desarrollo subjetivo es un proceso singular que ocurre en diversos momentos del ciclo vital, aunque, a lo largo de la infancia, presente especificidades cualitativamente diferenciadas. En esta perspectiva, el desarrollo subjetivo no se articula a la noción de linealidad, progreso teleológico y positividad, pero intenta comprender los desafíos, conflictos y tensiones como procesos intrínsecos del desarrollo subjetivo.

El afecto, la interrelación comunicativa con el otro social y, también, el jugar, explorar e imaginar en el mundo que se le presenta constituyen necesidades entendidas no solo como motores del desarrollo, porque en la complejidad del desarrollo infantil se articulan diferentes dimensiones en un funcionamiento integrado y singular en la génesis de procesos característicamente humanos en la condición de cultura.

2.2. Desafíos: la relación teoría-práctica

En general, las prácticas de Educación Infantil y Atención/Educación Temprana² se organizan a partir de enfoques teóricos en los que la comprensión del desarrollo humano deriva de la producción tradicional de conocimiento. En este enfoque, tanto la organización en etapas como la fragmentación de las dimensiones de este proceso son hegemónicas y se pierde la complejidad de la vida vivida, como también el sujeto que la está viviendo. Burman denuncia eso afirmando

...la psicología jugó un papel importante en la construcción de un modelo abstracto y asocial del sujeto, en el que la clase, el género y la cultura aparecen únicamente como variables (Burman, 1994a,b, 2008a,b), dejando su objeto de estudio – la acción del sujeto – una imagen predeterminada de un organismo biológico no situado socialmente. Un niño abstracto, un niño modelo. (Burman, 2017 p. 408)

Desde la TS se consideran fuerzas motrices del desarrollo tanto la comunicación como el entorno social en el que se desarrolla el niño. La comunicación avanza hacia la caracterización del diálogo como una expresión funcional que favorece el desarrollo subjetivo, aunque no necesariamente lo garantiza. Incluso con niños pequeños, el diálogo, desde este punto de vista, no se establece únicamente en una perspectiva armoniosa y coherente, sino que asume diversas formas impredecibles, creativas y desafiantes.

Los cambios subjetivos que se desprenden del diálogo no se limitan al momento actual de la comunicación dialógica. Generan múltiples efectos secundarios, que pueden dar lugar a nuevas preguntas, formas de sentir y pensar sobre una situación determinada.

Como los niños pequeños aún están desarrollando el lenguaje oral, la comunicación dialógica presenta especificidades que requieren rutinas de comunicación e interlocutor constantes. Sin embargo, los estudios psicolingüísticos tradicionales tienden a

2. El Programa de Educación Inicial (PEP), creado en 1987, es parte de la red pública del Distrito Federal y atiende a niños en situación de vulnerabilidad o que presentan antecedentes como embarazos de alto riesgo, prematuridad, síndromes o discapacidades

privilegiar enfoques evaluativos y clasificatorios del proceso de desarrollo lingüístico, en una reducción cognitivo-operacional y biológica que se centra en los aspectos estructurales del lenguaje más que en las funciones e intenciones comunicacionales.

Parte de esta cuestión está relacionada con la concepción asumida para el lenguaje, considerado como actividad comunicativa del sujeto, se entiende como posible la continuidad entre la funcionalidad comunicativa y la emergencia del lenguaje oral. Si, por el contrario, el lenguaje se percibe solo como un conjunto complejo de reglas abstractas de representación mental semiótica, no hay posibilidad de que exista esta continuidad, ya que la naturaleza dispar de los dos sistemas la haría imposible.

Goulart y Mitjans Martínez (2023) apuntan retos sobre el desarrollo subjetivo de niños señalando desafíos futuros, pero, también, indicando para el dinamismo de un referente vivo. Para ello se preguntan ¿cómo se constituye la subjetividad en el primer año de vida? y ¿cuál es la especificidad de los procesos relacionales con los adultos en este período?

3. Los tres estudios

3.1. La bebé Chantelle

El trabajo de campo se realizó tras la pandemia, poco después de que el centro de educación infantil, CEPI, reanudara las clases presenciales para bebés de 6 meses a 2 años. La estrategia metodológica se desarrolló en articulación directa con el trabajo pedagógico y, como la investigadora tocaba la guitarra, esta fue planeada para participar de la construcción del escenario social de la investigación. El tiempo del trabajo duró el año escolar, con al menos una visita por semana. Pensada como un recurso inicial, la guitarra se convirtió en una estrategia metodológica fundamental que instituyó una nueva y productiva comunicación emocional con todos de ese contexto. La música en vivo ganó centralidad metodológica en la investigación. La guitarra tocada por la investigadora involucró no solo a los bebés, sino que también despertó el interés de los educadores y promovió, así, un vínculo entre la investigadora y el campo de investigación. Como procedimientos fueron utilizados el diario de campo, fotos y vídeos.

La disertación de maestría de Laura Matos de Oliveira buscó comprender cómo siete bebés de esa clase producían sentidos subjetivos en esos momentos de vida en la institución educativa. Aquí se presenta el estudio de caso de Chantelle, una niña que tenía siete meses al inicio de la investigación. En este contexto, la comunicación mediadora, expresa en la interrelación adulto-bebé, fue muy significativa y llena de posibilidades para movilizar la condición de la bebé como sujeto, lo que ha favorecido su desarrollo subjetivo.

De modo general, los bebés se involucraron en el diálogo atento y abierto en sus múltiples expresiones singulares. Pero desde el primer día de la investigación, la interacción de Chantelle con la investigadora parecía un tanto diferenciada, ya que sus sonrisas, su acercamiento y su movilización corporal permitieron entender que en esos momentos iniciales se produjo un sentimiento de confianza que la movilizó a desafiarse a sí misma en una nueva experiencia con una persona aún no tan conocida.

3.1.1. El surgimiento de producciones subjetivas

Pasado un tiempo del inicio del trabajo, Chantelle comenzó a producir el gesto que acompañaba una de sus canciones favoritas y que era frecuente en las actividades de investigación. Utilizaba constantemente el gesto para preguntar y pedir *El Pollito Amarillo*. El gesto también era utilizado para nombrar a la investigadora. Es decir, su intencionalidad para solicitar la música que tanto le gustaba había ganado la expresión simbólica del gesto de representar la música, la solicitud y la investigadora y al placer de encontrarla a cada vez que venía.

Figura 1. Chantelle



El juego compartido representado por la música posibilitó la creación de un fuerte vínculo emocional con la investigadora; esa producción emocional-afectiva se articuló con el gesto, que no se reduce a un comportamiento imitativo porque ganó expresión simbólica. De este modo, se ha convertido en indicador del desarrollo subjetivo de Chantelle.

3.2. El niño Pê

El segundo estudio buscó comprender los procesos creativos en las expresiones comunicativas que se establecen en las interrelaciones del contexto educativo de un niño de tres años, con síndrome de Down, con sus compañeros y el docente. Se trata de un desafío teórico y, principalmente, metodológico para comprender aspectos subjetivos generados por Pê, que aún no ha desarrollado el lenguaje oral. El niño estaba siendo atendido en sesiones de terapia del habla una vez por semana, pero otros contextos también fueron parte de la investigación, a saber, visitas a la escuela, conversaciones con la maestra y la directora y con los padres.

3.2.1. La comunicación de Pê

Los procesos lingüísticos de Pê se centran en cuestiones sobre la continuidad entre el desarrollo comunicativo y el surgimiento del lenguaje oral. El sistema comunicativo-dialógico se compone de expresión y contenido que, en la comunicación no verbal de Pê, eran el contacto visual efectivo, la atención al interlocutor, el compartir atención mutua selectiva, el contacto físico, un elaborado sistema gestual simbólico, la coordinación de gestos con el otro y los juegos de dar y recibir en actividades de trueque. Todos esos aspectos se configuran como conductas comunicativas-dialógicas intencionales y afectivas.

Así, el contexto social caracterizado por la confianza entre compañeros organizaba las diferentes funciones de las pocas emisiones orales de Pê, que mantiene buen contacto con sus compañeros y diferentes tipos de diálogos. En el tiempo de descanso, un diálogo físico prolongado con un colega que juega con él como un muñeco, Pê pone su pie encima del compañero que tira y mueve su pie y su pierna, sin verbalización, en una conexión rítmica con intercambios comunicativos corporales.

En otra actividad, él y el mismo compañero entablan una «conversación» (que no se escuchó debido a la distancia), pero como Pê aún no había estructurado su lenguaje oral, ciertamente no había nada que pudiera identificarse como lenguaje. Sin embargo, su posicionamiento, orientación, ritmo y respeto por los turnos del habla en relación con su colega (y el otro en relación con él) caracterizaron un juego conversacional, en un contexto privilegiado para estos momentos iniciales del desarrollo del lenguaje, en el que él mismo se convierte en el objeto del juego. Las experiencias comunicativas en el contexto escolar indican, sobre todo, que Pê se organiza en relación con el ejercicio de independencia, socialización e integración afectivas con sus colegas.

Varios aspectos que se relacionan con los modos en que el niño da sentido y valor a las situaciones interactivas vividas fueron considerados en la construcción interpretativa de este estudio como indicadores de la emergencia de la subjetividad. Estos eran:

- el papel del otro y del afecto en la orientación de ese otro y en los intercambios comunicacionales efectivos;
- la extroversión caracterizada por la apertura a nuevas experiencias;
- la seguridad y la confianza que se organizan a través de la estabilidad de las relaciones familiares y que favorecen la expresión de la individualidad;
- la estabilidad emocional que organiza la seguridad para afrontar nuevas situaciones;
- las intenciones y motivaciones relacionadas con las necesidades básicas;
- la configuración subjetiva en relación con el retraso en la emergencia del lenguaje articulado con significados subjetivos configurados en las experiencias de contextos comunicativos.

3.3. Niños en guardería³

El tercer estudio buscó comprender aspectos del proceso de desarrollo subjetivo en relación con el desarrollo lingüístico de los

3. Esa investigación fue orientada por la autora y desarrollada en el ámbito del Programa de Iniciación Científica –PROIC– de la Universidad de Brasilia-UnB por la estudiante Hellen Rodrigues Moraes, que recibió una beca de la Fundación de Apoyo a la Investigación FAP-DF.

niños de edades comprendidas entre 24 y 36 meses, en el mismo momento y en el mismo CEPI del primer estudio. En concreto, el trabajo tuvo como objetivo comprender cómo los elementos emocionales-afectivos y los aspectos comunicacionales-simbólicos se articulan mutuamente e indican para la emergencia del sujeto. El trabajo de campo se centró en la observación participante, y la investigadora siguió la rutina pedagógica de la clase, buscando desarrollar relaciones caracterizadas por diálogos llenos de sentidos para los interlocutores.

Aprender las primeras palabras apunta a la unidad social-individual que caracteriza el desarrollo humano y está completamente articulada al entorno y a los que están en el contexto. A continuación, se presenta una de las notas sobre las experiencias compartidas acompañadas de estas primeras palabras.

Fue interesante observar diferentes momentos de interacción entre uno de los chicos con mayor desarrollo lingüístico con relación a la clase. En un momento estaba jugando con un colega que también era capaz de dialogar, y los dos interactuaban en un juego de conversación. En otro momento, interactuando con un colega que aún no dominaba el lenguaje oral, el mismo niño se adaptó a la situación dialógica de tal manera que su lenguaje parecía haber retrocedido y los dos jugaron en un juego de movimientos y balbuceos en el que se conectaban, ambos en el mismo momento del proceso. (Notas del diario de campo)

La adquisición de un conjunto de palabras, a menudo protopalabras, generalmente cortas y fáciles de pronunciar, está articulada a aspectos comunicacionales no verbales como gestos, expresiones faciales, posturas, etc. Eso es funcionalmente importante para que la comunicación ocurra y los significados sean contruidos por los interlocutores.

Además, las palabras iniciales suelen indicar, para el niño, una especie de ritual, ya que el habla suele ir acompañada de gestos específicos, como, por ejemplo, la acción de agitar las manos cuando alguien dijo «adiós» que, sin duda, es, inicialmente, un comportamiento motor aprendido por imitación.

Es importante resaltar que, inicialmente, el habla y el gesto tienen la misma naturaleza motora. Así, el habla, como gesto articulatorio, forma parte de las diferentes estrategias comunicati-

vas que el niño tiene a su disposición. Sin embargo, juegos que inicialmente pueden estar vinculados a conductas imitativas, pronto adquieren un valor simbólico en la comunicación emocional con los interlocutores cercanos y recurrentes.

Las protopalabras, que muchas veces no tienen significados en la lengua y sirven apenas para abrir y establecer un diálogo comunicativo, tienen sentido solamente para aquellos interlocutores constantes que son los únicos capaces de comprender la intención comunicativa en la expresión del bebé/niño. De esta forma compleja se articulan el desarrollo subjetivo y el proceso de desarrollo lingüístico, donde el establecimiento de una intención comunicativa es comprendida como una función del sujeto.

4. Conclusiones

Así, cuando se trabaja con bebés y niños, existe el desafío de crear rutinas en las que puedan circular significados convergentes en un alineamiento sensible entre el niño y el maestro, marcado tanto por el lenguaje oral como por los aspectos no verbales, segmentos del lenguaje, patrones rítmicos que dependen de la entonación, tono de voz, acento, etc. que se refieren a la sintonización de los estados motivacionales y afectivos.

Se considera que los tres estudios sugieren y presentan posibilidades de comprensión de experiencias en contextos potencialmente más adecuados para los procesos de aprendizaje y desarrollo presentes en las prácticas educativas, familiares y terapéuticas.

Cabe señalar que los estudios convergen en asumir el rol productivo de los niños y niñas en relación con los procesos de desarrollo subjetivo que vivencian en las rutinas de Educación Infantil, garantizando tanto la accesibilidad al proceso educativo como la inscripción del sujeto de su aprendizaje y desarrollo.

5. Referencias

- Burman, E. (2017). *Deconstructing Developmental Psychology*. Routledge.
<https://ericaburman.com/wp-content/uploads/2013/01/2007-w-sr-dev-psy-ch23.pdf>

- González Rey, F. (1997). La subjetividad social y su expresión en la enseñanza. *Temas em Psicologia*, 5(3), 95-107.
- González Rey, F. y Mitjáns Martínez, A. (2017). *Subjetividade: Teoria, Epistemologia e Método*. Ed. Alínea.
- González Rey, F. y Mitjáns Martínez, A. (2020). Looking Toward a Productive Dialogue Between Cultural-Historical and Critical Psychologies. En M. Fleeer, F. González Rey y P. Jones (org.), *Cultural-Historical and Critical Psychology: common ground, divergences and future pathways*, (pp. 43-62). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-15-2209-3_4
- Goulart, D. M y Mitjáns Martínez, A. (2023). Do desenvolvimento da personalidade ao desenvolvimento subjetivo: histórico, momento atual e desafios. En G. Santos y L. O. Campolina (org.), *Desenvolvimento e aprendizagem: contribuições atuais da teoria cultural -histórica da subjetividade*, (pp. 35-57). CRV.
- Madeira-Coelho, C. M. (2007). Educación y Perspectivas en la Primera Infancia: el Tiempo en la Teoría de la Subjetividad. *Revista Cubana de Alternativas en Psicología*, 8(23), 145-158. <https://www.alfepsi.org/revista-alternativas-cubanas-en-psicologia-vol8-n23/>
- Madeira-Coelho, C. M. (2017). Subjetividade, Desenvolvimento Infantil e Emergência da Linguagem Oral: um estudo de caso. En L. O. Campolina y V. D. Mor (org.), *Diálogos Com a Teoria da Subjetivo Reflexões e Pesquisa*, (pp. 45-60). CRV.
- Matos de Oliveira, L. y Madeira-Coelho, C. (2024). Implicaciones del Juego Musical en el desarrollo de la subjetividad del Bebé. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 17(1), 71-80. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.17107>
- Mitjáns Martínez, A. y González Rey, F. (2017). *Psicologia, educação e aprendizagem escolar. Avançando na contribuição da leitura cultural-histórica*. Cortez Ed.
- Muniz, L. y Mitjáns Martínez, A. (2020). Constituição e Desenvolvimento da Subjetividade nos primeiros meses de vida e na aprendizagem criativa da leitura e escrita. En A. Mitjáns Martínez, M. C. V. R. Tacca y R. Valdés Puentes, *Teoria da Subjetividade discussões Teóricas, metodológicas e implicação na prática profissional*, (pp. 137-156). Alínea ed.

Terapia centrada en la familia: impacto en el desarrollo del lenguaje hablado en niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares

ELIANA MARIEL FREDES ALBARRACÍN
Centro Oír, Pensar, Hablar

1. Introducción

La terapia centrada en la familia ha alcanzado un papel relevante en la intervención temprana de los niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares y sus familias. Este modelo de intervención se distingue por ser la familia el agente de cambio decisivo en el desarrollo del lenguaje hablado en el niño, ya que identifica el papel transcendente que los padres y cuidadores ejercen a lo largo del proceso de crianza de sus hijos.

En la actualidad, de acuerdo con el Programa de Detección Precoz de la Sordera aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas de España, debe realizarse la detección de la pérdida auditiva antes del mes del nacimiento, el diagnóstico de la pérdida auditiva antes de los tres meses y la intervención audioprotésica y logopédica antes de los seis meses, siguiendo y cumpliendo con las recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil (CODEPEH et al., 2010), y, a su vez, con las recomendaciones del Comité Mixto sobre la Audición Infantil (JCHI), el Instituto Nacional de Salud de EE. UU. (NHI), la Academia Americana de Audiología (AAA), la Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición (ASHA) y la Asociación para sordos

Alexander Graham Bell (AGBell). Gracias a este motivo, nos encontramos con una nueva población de niños con sordera o hipoacusia habilitados auditivamente cada vez más pequeños y usuarios desde edades muy tempranas de prótesis auditivas de alta tecnología que les permite un acceso auditivo y el desarrollo de conexiones neuronales multinivel. Ante lo expuesto, las prácticas profesionales desde los ámbitos de la audiolgía y la logopedia deben responder a las nuevas y diferentes demandas de las familias y sus hijos con sordera o hipoacusia.

Dentro de este encuadre, hablamos de prácticas centradas en la familia y, específicamente, en el ámbito de la audición, de la Terapia Auditivo-Verbal®. Estabrooks et al. (2016) especifican que, para que los niños con sordera o hipoacusia saquen el máximo provecho de su tecnología auditiva y alcancen y mantengan el ritmo de sus pares oyentes en cuanto al desarrollo del lenguaje hablado y el conocimiento, es esencial la intervención centrada en la familia, en donde se enfatice la audición. Además, en el estudio LOCHI realizado en 2013, entre tantas conclusiones que desvela, enfatiza que los niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares sin desafíos adicionales que recibieron Terapia Auditivo-Verbal® durante 50 meses consiguieron «los niveles de habla, lenguaje y autoestima similares a los de sus pares oyentes y puntajes comparables en lectura y matemáticas» (Dillion et al., 2013).

Centrándonos en este estudio, se indaga y analiza la comparación de los resultados alcanzados de niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares ahondando, asimismo, en los indicadores que posibilitaron que se redujera la brecha entre la edad cronológica de los niños y su edad de desarrollo del lenguaje hablado hasta equipararse ambas. Con respecto a la comparación de los resultados entre los dos grupos de niños con sordera que utilizaban implante coclear bilateral, es relevante estudiar las diferencias que surgen entre los niños que recibieron implante coclear bilateral simultáneo y aquellos niños que recibieron implante coclear bilateral sucesivo. El análisis de estos dos grupos de niños usuarios de implante coclear bilateral simultáneo y aquellos con implante coclear bilateral sucesivo posibilitará determinar cómo la diferencia en el tiempo de equipamiento auditivo impacta en la brecha entre su edad cronológica y su edad de desarrollo del lenguaje hablado.

Para el análisis y la comparación de los resultados se tendrán en cuenta los siguientes indicadores: la edad de detección de la sordera, la edad de colocación de las prótesis auditivas, tiempo que concurren a un abordaje centrado en la familia (Terapia Auditivo-Verbal®), el tiempo de adquisición del lenguaje hablado y el desarrollo de la comprensión auditiva. Asimismo, sería especialmente significativo profundizar en cómo el abordaje centrado en la familia influye en cada grupo: la implicación y el saber hacer de la familia y los cuidadores del niño hacen que jueguen un papelpreciado en todas las interacciones comunicativas que se presentan y establecen en la vida cotidiana pudiendo incrementar, significativamente, el cierre de la brecha entre edad cronológica y la edad de desarrollo del lenguaje hablado. Se podrá no solo observar la diferencia entre ambos grupos, sino que, también, se ofrecerá información clave sobre las mejores prácticas y los factores relevantes que posibilitan desarrollar el lenguaje hablado a niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares.

2. Método / Experiencia

Se realizó la comparación de resultados de diez niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares: tres de ellos tienen hipoacusia neurosensorial bilateral moderada, usuarios de audífonos, y siete de ellos tienen hipoacusia neurosensorial bilateral profunda y son usuarios de implante coclear bilateral, de los cuales dos recibieron implante coclear simultáneo (colocación de implante coclear bilateral en la misma intervención quirúrgica) y cinco recibieron el implante coclear sucesivo (colocación de implante coclear bilateral en dos intervenciones quirúrgicas distintas y distanciadas en el tiempo con un intervalo menor a doce meses); con edades desde los 7 hasta los 48 meses. Para este estudio, se dividen en dos grupos, teniendo en cuenta el momento en el que se realizaron las evaluaciones: el primer grupo, de cinco niños, se evaluó en 2019 y el segundo grupo se evaluó en 2023.

2.1. Indicadores para analizar

Las herramientas validadas de evaluación que se utilizaron para realizar la comparación fueron el Inventario de desarrollo comunicativo MacArthur y el cuestionario auditivo LittlEars; ambos cuestionarios para padres que nos ofrecen información sobre el progreso en la adquisición de la comprensión auditiva y el lenguaje hablado.

Los indicadores que se tuvieron en cuenta para analizar la comparación de resultados fueron los siguientes:

- Edad de detección de la sordera.
- Edad de colocación de las prótesis auditivas.
- Tiempo que llevaban en un abordaje centrado en la familia (Terapia Auditivo-Verbal®).
- Tiempo de adquisición del lenguaje hablado y el desarrollo de la comprensión auditiva equiparable a sus pares oyentes con las herramientas mencionadas anteriormente:
 - Cuestionario auditivo LittlEars.
 - Inventario de desarrollo comunicativo MacArthur, teniendo en cuenta los siguientes ítems:
 - ◊ Vocalizaciones.
 - ◊ Producción de palabras.
 - ◊ Terminación de palabras.
 - ◊ Combinación de palabras.

El cuestionario auditivo LittlEars es un cuestionario para padres planteado para cotejar el desarrollo auditivo tanto en niños oyentes como niños con sordera o hipoacusia que sean usuarios de audífonos y/o implantes cocleares. Tiene en cuenta el desarrollo auditivo en los dos primeros años de vida desde la colocación y/o adaptación del dispositivo electrónico (comprendiendo los dos años de edad auditiva) (Tsiakpini et al, 2004). El cuestionario incorpora 35 preguntas graduales que, conforme la edad, incrementa la complejidad de las respuestas auditivas. Los padres deben responder afirmativa o negativamente a las mismas.

Los inventarios de desarrollo comunicativo MacArthur (adaptación al español) permiten alcanzar medidas del desarrollo comunicativo y lingüístico de niños entre 8 y 30 meses. Consisten en dos formas, inventario 1 e inventario 2, que han sido nom-

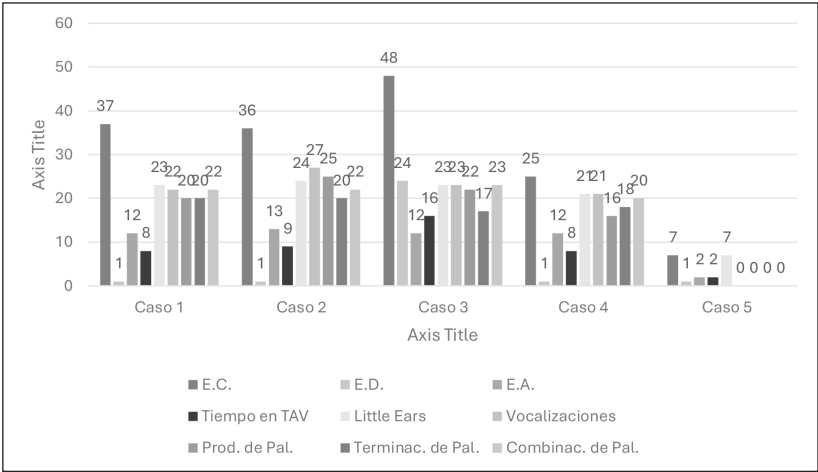
bradas vocalizaciones, primeras palabras y gestos y vocalizaciones, palabras y gramática (López Ornat et al., 2005). Para el análisis que aquí nos compete se tomaron como referencia los ítems que compartían todos los niños estudiados.

2.2.1. Comparación de los resultados entre niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos o implantes cocleares en un abordaje centrado en la familia

La participación de los padres es primordial para la eficacia de la intervención con niños, Kaiser, Hancock y Hester, ya en el año 1998, nos decían que los niños cuyos sus padres participaban en las sesiones eran más exitosos que los que participaban solo con su terapeuta; como también Moreno-Torres et al. concluyen en su artículo que «el grado de estimulación recibida a los 12 meses fue el único factor de los estudiados que se correlacionaba con el desarrollo lingüístico tras doce meses de la colocación del primer implante coclear» (2011).

En los niños con sordera o hipoacusia analizados para este estudio y sus familias, al hablar de los modelos centrados en la familia, especificamos la Terapia Auditivo-Verbal®.

Figura 1. Comparación de los resultados entre niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares en un abordaje centrado en la familia en 2019

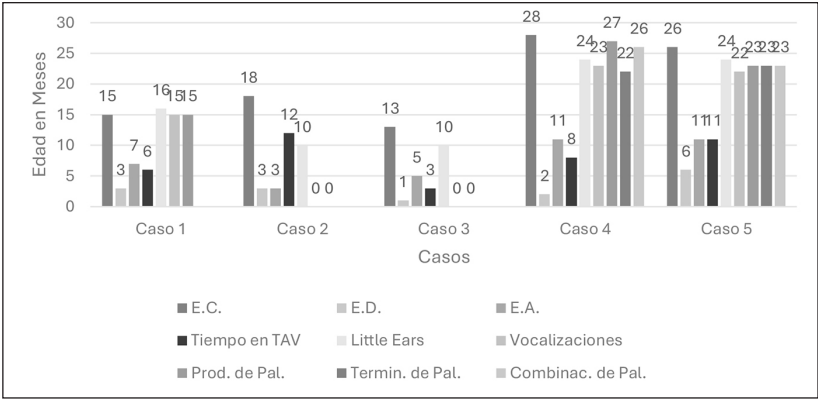


Nota. E.C.: edad cronológica; E.D.: edad de detección de la pérdida auditiva; E.A.: edad auditiva; Tiempo en TAV: tiempo que lleva el niño y su familia en Terapia Auditivo-Verbal®

En la **figura 1** podemos observar los cinco casos que abarcan desde los 7 meses de edad hasta los 48 meses que es la edad cronológica en la que se aplicaron las herramientas de evaluación. De los cinco casos, en cuatro de ellos se detectó la pérdida auditiva antes del mes de nacimiento cumpliendo con el Programa de Detección Precoz de la Sordera. Tomando como referencia el caso 3 y el caso 5, se confirma en el caso 5 lo manifestado en innumerables estudios científicos, cumpliendo con los criterios del Programa de Detección precoz de la Sordera, detección antes del mes de nacimiento, diagnóstico antes de los tres meses y la intervención audioprotésica y logopédica antes de los seis meses, se alcanza el nivel de desarrollo auditivo esperado para su edad cronológica. En este caso específico, detección antes del mes, intervención audioprotésica y logopédica a los cinco meses de edad y con una intervención centrada en la familia, a los dos meses del comienzo de esta, según los resultados del cuestionario auditivo LittlEars, se equiparó a sus pares oyentes. En contraposición, en el caso 3, detección, diagnóstico y comienzo de la intervención audiológica y logopédica tardía, pero todavía dentro del período sensible para la implantación coclear (Cardon, Campbell y Sharma, 2012) y bajo un abordaje centrado en la familia, el tiempo necesitado para el acortamiento de la brecha entre edad cronológica y edad de desarrollo del lenguaje oral es más extenso. Con 12 meses de edad auditiva con sus implantes cocleares, y anteriormente usuaria de audífonos durante seis meses, la mayoría de los resultados la acercaban a los 2 años de edad de desarrollo auditivo y del lenguaje hablado.

La misma comparación se puede realizar entre el caso 1 y el caso 4, donde, en ambos casos, se coincide en detección de la pérdida auditiva antes del mes de nacimiento, edad auditiva de 12 meses y el tiempo que llevan en un modelo centrado en la familia (Terapia Auditivo-Verbal®) de 8 meses, diferenciándolos la edad cronológica. Con estos datos, podemos advertir que el caso 4, que es el niño de menor edad cronológica en cuanto a los resultados en el desarrollo auditivo y del lenguaje hablado, se equipara cada vez más a sus pares oyentes, cerrando la brecha entre edad cronológica y edad de desarrollo del lenguaje hablado.

Figura 2. Comparación de los resultados entre niños con sordera y/o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares en un abordaje centrado en la familia en 2023



Nota. E.C.: edad cronológica; E.D.: edad de detección; E.A.: edad auditiva; Tiempo en TAV: tiempo en Terapia Auditivo-Verbal®

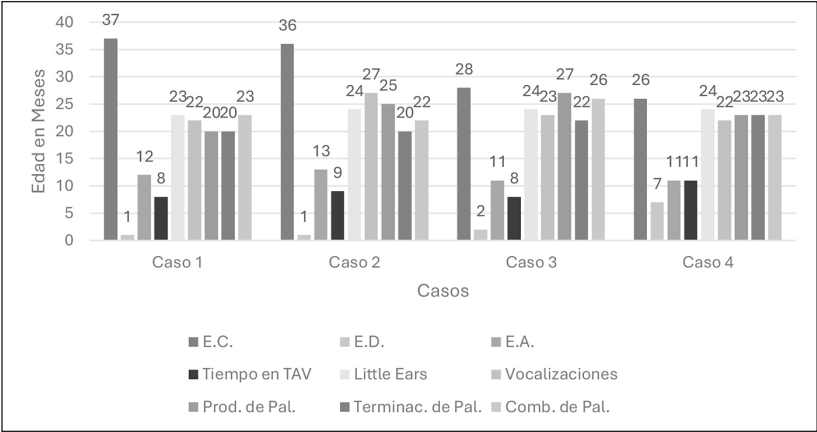
En la **figura 2** podemos analizar los cinco casos que comprenden desde los 13 meses hasta los 28 meses de edad cronológica, momento en el que se emplearon las herramientas de evaluación. Realizando la misma comparación que en la figura 1, podemos observar que todos han sido detectados antes de los 6 meses, aunque solo el caso 3 dentro de lo establecido por el Programa de Detección Precoz de la Sordera. Tomando como referencia el caso 1 y el caso 4, se sigue confirmando lo manifestado en incontables estudios científicos y que mencionábamos anteriormente: a menor edad de detección, diagnóstico e intervención audioprotésica y logopédica, sumándole un abordaje centrado en la familia (TAV), antes se equiparará la edad de desarrollo auditivo y del lenguaje hablado con su edad cronológica. Evidenciándolo en el caso 1, a los 15 meses de edad cronológica, los resultados en las herramientas de evaluación aplicadas le otorgan una edad de desarrollo auditiva y del lenguaje hablado equivalente a su edad cronológica, por lo tanto, se equiparó y eliminó esa brecha que había desde el principio, el tiempo de equiparación fue el de siete meses de edad auditiva y casi coincidiendo con el tiempo en donde la familia y el bebé concurren a Terapia Auditivo-Verbal®. En el caso 4, podemos visualizar en la **figura 2** que necesitó 11 meses para que los resultados en el

cuestionario auditivo LittleEars y el inventario de desarrollo comunicativo MacArthur se acercaran a lo esperado para su edad cronológica. Deteniéndonos en el caso 3, y haciendo una correlación con el resto de los casos, se esperaría una mejor evolución, pero el indicador que fue discontinuo es el del tiempo en TAV; cuando la familia observó la relevancia que tenía este indicador para poder adquirir herramientas, estrategias y apoyo para potenciar las habilidades auditivas, lingüísticas y cognitivas de su hijo, retomaron la misma y se obtuvieron los resultados esperados.

2.1.2. Comparación de los resultados entre niños usuarios de implantes cocleares sucesivos versus niños usuarios de implante cocleares simultáneos en un abordaje centrado en la familia

Al encontrarse en la muestra dos grupos diferenciados por el tiempo de implantación del implante coclear bilateral, se realizó la comparación de resultados entre ellos. Ya existe bibliografía respaldando la evidencia y comparando los resultados entre niños con un implante coclear o implante coclear bilateral como, por ejemplo, S. Breuning y L. Cordero, que, en su estudio realiza-

Figura 3. Comparación de los resultados entre niños usuarios de implantes cocleares sucesivos versus niños usuarios de implantes cocleares simultáneos en un abordaje centrado en la familia



Nota. E.C.: edad cronológica; E.D.: edad de detección; E.A.: edad auditiva; Tiempo en TAV: tiempo en Terapia Auditivo-Verbal®. Caso 1 y caso 2 son usuarios de implante coclear bilateral sucesivo. Caso 3 y caso 4 son usuarios de implante coclear bilateral simultáneo

do en 2012, concluyen que los niños que obtuvieron un implante coclear bilateral simultáneo progresaron más rápidamente que los niños con un solo implante coclear. Se pudo observar «adquisición de habilidades de percepción del habla durante el primer año de uso y desempeño en las situaciones de la vida diaria y en ambiente ruidoso» (Breuning y Cordero, 2012); pero no tanto en cuanto a la implantación coclear sucesiva versus simultánea.

En primer lugar, en la **figura 3** se puede observar que el caso 1 y caso 2 son mayores en edad cronológica que el caso 3 y caso 4, diferenciándose en diez y once meses, respectivamente. Esta información será relevante para compararla con los resultados obtenidos en las herramientas de aplicación utilizadas. También los criterios en la edad de detección no se cumplieron en todos los casos. En los casos 1 y 2 se detectó la pérdida auditiva antes del mes de nacimiento, cumpliendo con el indicado por el Programa Nacional de Detección Precoz de la Sordera, mientras que en los casos 3 y 4 se detectó un poco más tarde, a los 2 y 7 meses, respectivamente. Por lo tanto, podemos decir que la detección fue más temprana en los casos de implante coclear sucesivo. Con respecto a la edad auditiva, los cuatro casos tienen edades auditivas similares desde los 11 a los 13 meses, de manera que se puede realizar más fidedignamente la comparación de los resultados del cuestionario auditivo LitlLEars y el inventario de desarrollo comunicativo MacArthur; lo mismo nos sucede con el tiempo que llevan en Terapia Auditivo-Verbal®, la diferencia es de uno y dos meses entre los casos. Profundizando en los resultados obtenidos con el cuestionario auditivo LitlLEars, se observa que todos los casos muestran puntajes similares (23 y 24 meses), y con las puntuaciones obtenidas en el inventario de desarrollo comunicativo MacArthur se pueden analizar diferencias puntuales en cada caso en el apartado vocalizaciones, similares (alrededor de los 22 meses), excepto el caso 2 que despunta con 27 meses, y en el apartado producción de palabras, resultados variados, diferenciándose entre ellos, aunque sea implante coclear sucesivo o simultáneo. Esto podría deberse a factores intrínsecos y extrínsecos de los casos como personalidad, estilo de comunicación de los niños y el papel que asumen los padres y/o cuidadores en las interacciones comunicativas cotidianas (Pepper y Wetzman, 2007), entre ellos. En cuanto a la terminación de palabras, se puede visualizar mejores resultados (de dos y tres meses de dife-

rencia) en los casos con implante coclear simultáneo, como, también, con respecto a la combinación de palabras, se equipará y despuntan los mismos. Es relevante destacar que la variante diferencial es el momento en que se realizó la primera intervención quirúrgica para la colocación del implante coclear sucesivo o simultáneo. En los casos 1 y 2 fue a los 25 y 24 meses de edad cronológica, respectivamente, mientras que en los 3 y 4 fue a la edad cronológica de 17 y 15 meses; obteniendo todos resultados similares en cuanto a desarrollo auditivo y lingüístico, y teniendo en cuenta que el grupo de niños con implante coclear simultáneo fueron detectados más tardíamente que el grupo de niños con implante coclear sucesivo.

3. Discusión

Este estudio que realiza la comparación de resultados entre un grupo de niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares permite ahondar en la relevancia que toma la terapia centrada en la familia (específicamente, Terapia Auditivo-Verbal®) y el impacto que tiene en el desarrollo del lenguaje hablado de los mismos. Los resultados obtenidos confirman la importancia de la detección temprana, la intervención audioprotésica y logopédica precoz. Es importante destacar que la heterogeneidad individual en los resultados puede atribuirse a factores como los mencionados anteriormente (personalidad del niño, el estilo de comunicación y el grado de implicación familiar) y sugiere que la calidad de la intervención y el rol activo y comprometido de los padres y/o cuidadores son cruciales en el impacto del desarrollo auditivo y lingüístico de sus hijos. Se podría seguir indagando en cómo los resultados obtenidos en las habilidades auditivas y lingüísticas se extrapolan a nivel emocional, social y académico. Al hablar del nivel académico, se sugiere profundizar en las diferentes etapas de la adquisición de la lecto-escritura, alfabetización emergente, alfabetización formal y literacidad, habilidades claves que necesitan los niños del siglo XXI para afrontar los desafíos de un mundo en constante cambio.

4. Conclusiones

Para que los niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares puedan reducir la brecha entre su edad cronológica y su edad de desarrollo del lenguaje, existen varios indicadores claves. Además de los indicadores con amplio respaldo científico, como la detección temprana y a la edad a la que reciben sus prótesis auditivas, también resultan fundamentales otros aspectos, como una terapia centrada en la familia en la que se focalice el desarrollo del lenguaje hablado a través de la audición; por este motivo, se sugiere cambiar las prácticas profesionales, respondiendo a la evidencia y a las necesidades actuales de las familias. Otro indicador destacado es el que los niños candidatos a implante coclear bilateral reciban el implante coclear de manera simultánea. Ambos elementos son cruciales para potenciar el progreso lingüístico y garantizar que estos niños puedan alcanzar un desarrollo óptimo en relación con su edad cronológica e integrarse plenamente en su entorno social y académico.

5. Referencias

- Breuning S. y Cordero L. (2012). Implante Coclear Bilateral en Niños. Resultados. *Revista FASO*, 19(1), 38-42. <https://faso.org.ar/revistas/2012/1/7.pdf>
- Cardon, G., Campbell, J., & Sharma, A. (2012). Plasticity in the developing auditory cortex: evidence from children with sensorineural hearing loss and auditory neuropathy spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Audiology*, 23(06), 396-411.
- CODEPEH, Trinidad, G., Alzina, V., Jádenes, C., Núñez, F y Sequí, J. M. (2010). Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil para 2010. *Revista FIAPAS*, 131, separata. <https://bibliotecafiapas.es/publicacion/documento-recomendaciones-codepeh-2010/>
- Comité de Líderes RehAB de Latinoamérica (2022). *La Práctica Auditivo-Verbal (PAV) en Latinoamérica. Intervención en la población infantil con pérdida auditiva y sus familiares*. Advanced Bionics.
- Dillon, H., Cowan, R. y Ching, T. Y. (2013). Longitudinal outcomes of children with hearing impairment (LOCHI). *International Journal of*

Audiology, 52(2), S2-S3. <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.866448>

- Dorman, D., Hickson, L., Murdoch, B., Houston, T. y Constantinescu, G. (2010). Is auditory-verbal therapy effective for children with Hearing loss? *The Volta Review*, 110(3), 361-387. https://www.researchgate.net/publication/228842074_Is_Auditory-Verbal_Therapy_Effective_for_Children_with_Hearing_Loss
- Estabrooks, W., MacIver-Lux, K. y Rhoades, E. (2016). *Auditory-Verbal Therapy. For Young Children with Hearing Loss and Their Families, and the Practitioners Who Guide Them*. Plural Publishing.
- Girolametto, L. E., Weitzman, E. y Clements-Baartman, J. (1998). Vocabulary Intervention for Children with Down Syndrome: Parent Training Using Focused Stimulation. *Infant-Toddler Intervention*, 8(2), 109-125. <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01648021/full>
- Kaiser, A. P., Hancock, T. B., & Hester, P. P. (1998). Parents as cointerventionists: Research on applications of naturalistic language teaching procedures. *Infants & Young Children*, 10(4), 46-55.
- López Ornat, S., Gallego, C. y Jackson-Maldonado, D. (2005). *Inventario de desarrollo comunicativo MacArthur. Adaptación española*. TEA Ediciones.
- Moreno-Torres I., Cid, M., Santana, R. y Ramos, A. (2011). Estimulación temprana y desarrollo lingüístico en niños sordos con implante coclear: el primer año de experiencia auditiva. *Revista de Investigación en Logopedia*, 1, 56-75.
- Pepper, J. y Weitzman, E. (2007). *Hablando...nos entendemos los dos. Una guía práctica para padres de niños con retraso del lenguaje*. The Hanen Centre.
- Tsiakpini, L., Weichbold, V., & Kuehn-Inacker, H. (2004). *LittLEARS Auditory Questionnaire*. Innsbruck, Austria: MED-EL.

Centro Infantil de Atención Temprana San Agustín. Experiencia del primer centro de atención temprana en Chile

CAMILA FERNANDA ASENJO ÁLVAREZ
MARÍA SOLEDAD ROZAS NAVARRO
CIAT San Agustín-Fundación Cristo Joven

1. Introducción

La Fundación Cristo Joven ha asumido un proyecto innovador en el ámbito de la atención temprana de la primera infancia. Este proyecto, liderado por egresadas del Magíster en Atención Integral para la Primera Infancia y Atención Temprana, busca transformar el enfoque actual que aún está marcado por un modelo clínico prevalente en Chile en favor de una intervención integral, centrada en el niño, la familia y la comunidad. En este contexto, la iniciativa se alinea con los principios establecidos en el *Libro Blanco de Atención Temprana* (2005), promoviendo la gratuidad, la universalidad y la igualdad de oportunidades, fundamentales para un acceso equitativo a la atención.

La implementación de este modelo ha dado lugar a la creación de un programa de atención temprana adaptado a las realidades culturales y contextuales del país, con un enfoque flexible que permite su aplicación efectiva en diversos entornos. A su vez, se ha trabajado de manera colaborativa con instituciones públicas, fomentando la creación de redes de apoyo y fortaleciendo el vínculo con las familias. El proyecto también pone un énfasis especial en el trabajo comunitario, buscando generar una relación sólida con la comunidad local y los sectores públicos, con el objetivo de crear un entorno de soporte para el desa-

rollo integral de la infancia y sus familias. A través de este enfoque, se busca establecer un centro de referencia en Chile que no solo evidencie la calidad de sus intervenciones, sino que también inspire una transformación a nivel nacional en la atención temprana.

2. Método / Experiencia

Queremos compartir una experiencia significativa que ha marcado nuestro recorrido académico y profesional. En la etapa final de nuestro magíster en atención temprana, reflexionamos sobre un desafío evidente en Chile: el retraso en la manera de abordar los procesos de intervención en la primera infancia. Este retraso se manifiesta en un enfoque fragmentado y la falta de colaboración intersectorial entre los sistemas de salud, educación y social, lo que limita el impacto de las políticas públicas dirigidas a esta población.

Impulsadas por la necesidad de generar un cambio, realizamos un análisis profundo del panorama actual y detectamos dos principales dificultades: primero, la observación segmentada del desarrollo infantil y, segundo, la prevalencia de un modelo clínico de intervención que no considera la integralidad del desarrollo en contextos cotidianos. Frente a esta realidad, decidimos pasar de la teoría a la acción y demostrar que es posible implementar un modelo distinto, basado en los principios de la atención temprana.

Este proyecto nació como una propuesta académica, pero con el respaldo de la Fundación Cristo Joven y el apoyo del Magíster en Atención Integral para la Primera Infancia de la Universidad Santo Tomás de Chile y la Universidad de Málaga de España, y logramos materializarlo en el Centro Infantil de Atención Temprana San Agustín. Este espacio representa un esfuerzo colectivo por transformar la visión del desarrollo infantil en Chile, integrando los principios de un enfoque interdisciplinar, familiar y comunitario.

Compartiremos cómo hemos implementado este modelo, los desafíos que enfrentamos al articular un trabajo intersectorial y los resultados que demuestran la eficacia de esta perspectiva. A través de nuestra experiencia, buscamos no solo destacar la im-

portancia de una intervención integral en la primera infancia, sino también inspirar y motivar a otros actores a sumarse a este cambio de paradigma.

2.1. Forma de trabajo

Postulamos y obtuvimos una asignación directa del Gobierno Regional de Los Lagos para implementar un programa de atención temprana que benefició a 32 familias de Osorno, lo que se tradujo en una totalidad de 96 personas que recibieron intervención directa, incluidos adultos y niños, durante seis meses. El número de los cuidadores secundarios (trabajo en entorno escolar) que participaron de la intervención integral fue de un total de cuatro. El proyecto tuvo efectos medibles y observables sobre 100 personas en total.

Este programa integró los sectores de salud, social y educación, buscando una intervención integral y coordinada a pesar de los desafíos del trabajo intersectorial en Chile. Nuestros colaboradores fueron la Residencia de Lactantes Osorno de Fundación Mi Casa, la organización colaboradora del Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia Sala de Estimulación del Centro de Salud familiar Quinto Centenario, bajo la administración del Servicio de Salud de Osorno, la Escuela de párvulos Pedro Aguirre Cerda y la Escuela Leonila Folch López, ambas dependientes del Departamento de Educación Municipal de la ciudad de Osorno.

Para iniciar las intervenciones se destinaron determinados números de cupos para cada servicio; las derivaciones fueron realizadas mediante unas fichas de derivación con la información necesaria del niño/a y su familia y/o cuidadores principales. Cada familia ingresó al programa tras evaluaciones interdisciplinarias, en las que primero se abordaron el contexto familiar y las dinámicas de vida diaria, realizadas por un equipo técnico, de gestión y la unidad terapéutica familiar compuesto por directora y asistente social. La evaluación del desarrollo fue realizada por la unidad terapéutica compuesta por profesionales kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, educadores diferenciales y psicopedagogo.

Finalizada la fase de evaluación, el equipo evaluador integra la información de ambas unidades (terapéutica y familiar) para

diseñar el plan de intervención, y, en conjunto, determina el tutor de referencia a cada familia, responsable de ejecutar y evaluar los planes de intervención personalizados en el centro y en los entornos cotidianos de los niños. En cada caso, se realizaron tres sesiones mensuales con frecuencia de una vez por semana en el Centro Infantil de Atención Temprana San Agustín, y una sesión mensual en los hogares y/o establecimiento educativo, promoviendo la transferencia de habilidades a contextos reales. Las estrategias implementadas buscaron detectar y promover el sorteo de barreras físicas y sociales, fomentar la inclusión y la educación de adultos que acompañan a los niños en el desarrollo de su día a día, así como, también, mejorar los indicadores de calidad de vida familiar.

Durante la ejecución del proyecto, se llevaron a cabo reuniones periódicas con los profesionales responsables de la atención de los niños y niñas con el propósito de analizar el progreso de los procesos de intervención; sumado a ello, realizamos una evaluación social exhaustiva mediante entrevistas, genogramas y ecomapas para detectar fortalezas y debilidades, que permitieron identificar las principales dificultades que se presentaban en las dinámicas familiares y abordar situaciones relevantes que generaban un problema en las familias y una amenaza en el progreso del desarrollo de niños y niñas.

Estas instancias permitieron fortalecer la coordinación interdisciplinaria, optimizar las estrategias de intervención y garantizar una atención integral y alineada con las necesidades específicas de cada familia.

Se desarrollaron dos encuentros familiares en los cuales se ejerció un rol de moderador, con el objetivo de promover espacios de interacción comunitaria y apoyo mutuo entre padres y madres. Estas actividades se diseñaron para ofrecer un entorno seguro y reflexivo, donde las familias pudieran compartir experiencias, fortalecer vínculos y dedicar tiempo a su bienestar personal y familiar, fomentando así una mayor cohesión y participación activa.

Para medir los resultados que esperábamos de la implementación de este programa se utilizaron dos instrumentos de evaluación. El primero, una rúbrica diseñada por el equipo de gestión de Centro San Agustín, con cuatro niveles de criterios de evaluación que buscan determinar la calidad del diseño de oportu-

tunidades de aprendizaje atendiendo al desarrollo integral del niño/a y sus ambientes naturales para facilitar la adquisición y mantenimiento de habilidades y generalización en diferentes entornos de la vida cotidiana, garantizando así su plena inclusión. Este instrumento permitió orientar las intervenciones y fue aplicado, en cada caso, en oportunidades durante el cierre de cada ciclo de intervención, que fue considerado un máximo de tres meses en el programa.

El segundo instrumento fue la escala de calidad de vida familiar de Verdugo et al. (2012), que busca evaluar la satisfacción y bienestar de la familiar, los recursos disponibles, el rol de los padres y las redes de apoyo externas. Esta escala fue aplicada a las familias y/o cuidadores principales en dos instancias, al inicio de la intervención y al cierre.

3. Resultados

Durante la implementación, en relación con la adherencia del programa durante el primer trimestre, se registró la baja de tres niños, debido, principalmente, a dificultades familiares relacionadas con factores económicos, de tiempo y de organización para asistir a las sesiones. Estos cupos fueron reasignados de manera inmediata mediante el servicio de derivación, devolviendo las fichas correspondientes con la información registrada y solicitando nuevas derivaciones para garantizar la continuidad del proceso. Durante el segundo trimestre (septiembre-octubre-noviembre) no se registraron bajas. Dado que las bajas se reasignan automáticamente, el total de familias beneficiadas se mantuvo en 32 para todos los meses.

En relación con los resultados obtenidos en el trabajo realizado en los distintos entornos, según la distribución de las derivaciones, se observa que, de un total de 32 familias, 11 derivaciones provinieron de la escuela de párvulos (34,4 %). En estos casos, el trabajo se desarrolló de manera integral involucrando tanto a los docentes como a las familias, alcanzando el criterio 4 de la rúbrica de mejora continua en cuanto al proceso de intervención. Las profesionales, en este contexto, llevaron a cabo intervenciones tanto en el hogar como en el entorno educativo. Este criterio establece que se deben ofrecer al niño diversas oportu-

tunidades de aprendizaje, involucrando a diversos actores (familia, cuidadores y docentes) y centrando los esfuerzos en las habilidades que se desean desarrollar, a través de diversas estrategias que fomenten una variedad de comportamientos no asistidos, promoviendo la iniciativa, el mantenimiento y la generalización.

Por otro lado, las 21 derivaciones restantes (65,6 %) correspondieron a trabajos realizados en otros entornos, principalmente en las casas de los niños y en la residencia. En estos casos, a pesar de los esfuerzos, las profesionales no lograron realizar el trabajo en el entorno educativo formal. Este trabajo fuera del ámbito educativo involucró a las familias y a los cuidadores secundarios, alcanzando el criterio 3 de la rúbrica. Dicho criterio se enfoca en potenciar la iniciativa y la diversificación de respuestas mediante actividades estructuradas, atendiendo las habilidades que se desean desarrollar, considerando las necesidades de apoyo y apuntando al desvanecimiento de la asistencia. Además, se tuvo en cuenta el entorno natural en el que los niños se desenvuelven, como son sus hogares y la residencia.

Es importante mencionar que en la implementación de sesiones en los entornos educativos enfrentamos desafíos debido a normativas que restringen el ingreso de personal externo sin convenios previos. Esto subraya la necesidad del trabajo intersectorial para establecer acuerdos que faciliten una intervención integral y efectiva en estos contextos. En este marco, desarrollamos diferentes estrategias para superar estas barreras, como la socialización de nuestro quehacer a través de medios de comunicación, la convocatoria de diferentes programas y organizaciones que trabajan por la infancia y la organización de un encuentro con cuidadores secundarios.

Los resultados generales del programa muestran un impacto positivo en las familias, quienes valoran el enfoque integral y sienten cambios significativos en sus dinámicas familiares. El enfoque integral aplicado en el proyecto reconoce a las familias no solo como beneficiarias, sino como agentes de cambio capaces de implementar mejoras significativas en su dinámica diaria. Se destaca que el impacto más significativo se encuentra en las modificaciones positivas realizadas en el entorno del niño, garantizando su bienestar y progreso. La efectividad de la intervención se mide no solo por los cambios en el niño, sino también por la capacidad de los profesionales para involucrar a las familias y

cuidadores, promoviendo un entorno receptivo y favorable. El objetivo principal es generar adaptaciones sostenibles en el entorno inmediato que contribuyan al desarrollo integral del niño, mejorando su calidad de vida y la dinámica familiar y social.

Para contar con datos objetivos sobre las intervenciones familiares de las 32 derivaciones, se evaluaron los cambios en la percepción de la calidad de vida de 22 de ellas (provenientes de los servicios de salud y educación) tras la aplicación del instrumento calidad de vida familiar en dos momentos del proceso de intervención. Durante este análisis, se evaluaron dimensiones clave como fortalezas familiares y áreas prioritarias de mejora, lo que permitió identificar avances, retrocesos y oportunidades de intervención en la dinámica familiar. Los resultados mostraron un incremento significativo en la percepción de las fortalezas dentro de los hogares, sugiriendo una mejora en la autoconfianza y la capacidad para afrontar desafíos cotidianos.

Las áreas con mayores avances incluyeron los recursos familiares, con 15 familias que identifican mejoras en el reconocimiento de redes de apoyo y acceso a servicios comunitarios, especialmente aquellas que recibieron apoyo de organizaciones externas; la interacción familiar, donde 14 familias reportaron mejoras en la comunicación, resolución conjunta de problemas y expresión de afecto, y el rol parental, con 13 familias que mostraron mayor seguridad en sus estrategias de crianza y establecimiento de normas claras. En cuanto al bienestar físico y material, 11 familias señalaron una mejor percepción del acceso a recursos esenciales como salud, educación y estabilidad económica, y cuatro familias lograron acceder a programas de asistencia social. En el ámbito del apoyo escolar y en el hogar, diez familias evidenciaron un mayor acompañamiento en el desarrollo educativo y la organización de la rutina diaria de los niños, con 3 casos en los que se implementaron estrategias específicas para mejorar la adaptación escolar. En cuanto a regulación emocional, 12 familias reportaron avances en la implementación de estrategias para el manejo del estrés y las emociones, y en cinco casos se integraron rutinas de autocuidado para reducir la carga emocional de los cuidadores. Finalmente, en términos de estabilidad y organización, nueve familias indicaron mejoras en el establecimiento de rutinas familiares y claridad en la asignación de roles dentro del hogar.

De lo anterior se concluye que el 100% de las familias (22 de 22) aumentaron o mantuvieron sus fortalezas, destacando que 3 familias lograron un mayor aumento en fortalezas (+3), siete familias incrementaron sus fortalezas en +2, y diez familias mejoraron en +1 fortaleza, mientras que dos familias no registraron cambios en esta dimensión.

En relación con las áreas prioritarias identificadas, en cuanto a regulación emocional, 12 de las 22 familias señalaron dificultades en el manejo del estrés y las emociones, destacando que en seis de estos casos los niños presentan episodios recurrentes de ansiedad o frustración, mientras que en cuatro familias los adultos expresaron dificultades para gestionar el estrés cotidiano. En cuanto a la interacción familiar, nueve familias mencionaron la necesidad de fortalecer la comunicación efectiva y la resolución conjunta de problemas, y en cinco de estas familias se observó una baja participación del padre en la dinámica familiar, lo que afecta la percepción de apoyo dentro del hogar. Respecto a las redes de apoyo, ocho familias informaron carecer de acceso a programas comunitarios de apoyo, y tres de ellas indicaron que su aislamiento social ha dificultado la búsqueda de ayuda externa. Finalmente, en lo relacionado con la estabilidad económica y material, siete familias expresaron preocupación por su estabilidad financiera y el acceso a recursos básicos, con cuatro casos en los que la inestabilidad laboral de los cuidadores principales impacta directamente en el acceso a servicios esenciales como salud y educación.

El análisis de los resultados refleja avances significativos en la calidad de vida de las familias intervenidas, destacando varios hallazgos relevantes: el 100% de las familias incrementaron o mantuvieron sus fortalezas, lo que indica un impacto positivo del proceso de intervención; 15 familias identificaron mejoras en sus redes de apoyo y acceso a servicios comunitarios, fortaleciendo su bienestar, mientras que 14 familias reportaron avances en la comunicación y expresión de afecto, mejorando su dinámica familiar. Además, 13 familias reflejaron mayor seguridad en su rol parental y promovieron estrategias de crianza más efectivas, y 11 familias lograron una mejor percepción del acceso a recursos esenciales como salud, educación y estabilidad económica. Sin embargo, 12 familias enfrentaron dificultades en la regulación emocional, uno de los principales desafíos identificados. Tam-

bién, nueve familias manifestaron la necesidad de mejorar la interacción familiar, particularmente en la comunicación y resolución de problemas, y ocho familias carecen de acceso a redes de apoyo comunitario, lo que limita sus oportunidades de recibir asistencia externa. Por último, siete familias señalaron preocupaciones económicas que afectan su estabilidad y acceso a servicios básicos.

4. Discusión

Los desafíos futuros que enfrenta el programa están orientados, principalmente, a garantizar la sostenibilidad económica, la equidad en el acceso a los servicios y la expansión de del modelo de atención temprana en Chile. En el ámbito económico, el objetivo inmediato es asegurar un financiamiento estable que permita mantener la accesibilidad universal, de modo que el costo no represente una barrera para las familias. Este enfoque está alineado con el compromiso de la Fundación Cristo Joven, que promueve la inclusión y la igualdad de oportunidades. Para lograr esto, se plantea la necesidad de establecer un modelo de financiamiento renovable, mediante alianzas con entidades privadas o estamentos públicos. A largo plazo, se busca alcanzar el apoyo estatal como una fuente permanente de recursos para asegurar la continuidad del programa y su impacto a nivel nacional.

En términos operativos, uno de los principales desafíos consiste en destinar al menos el 60 % de la capacidad del centro a la atención gratuita de niños. Esto no solo implica un manejo eficiente de los recursos disponibles, sino también un compromiso constante con los principios de equidad social. Este esfuerzo requiere, además, el desarrollo de una estrategia paralela de sensibilización comunitaria.

Es fundamental educar a la población sobre los beneficios y características del modelo de atención temprana con el fin de generar una aceptación amplia que facilite la implementación de este enfoque en diversos contextos. Asimismo, otro desafío clave es fortalecer las redes de colaboración entre instituciones y profesionales, promoviendo un trabajo más articulado y coordinado para garantizar el éxito del modelo.

Finalmente, se destaca el desafío más ambicioso: la replicación del modelo a nivel nacional. La expansión a otras regiones

de Chile representa una oportunidad para posicionar el programa como un referente en atención temprana y promover un impacto significativo y sostenible en el desarrollo infantil. Este desafío implica no solo la implementación de estrategias logísticas y administrativas, sino también la creación de redes colaborativas entre diferentes actores sociales, incluyendo instituciones públicas, privadas y comunitarias.

5. Conclusiones

En conclusión, el programa de atención temprana desarrollado representa un esfuerzo significativo por impulsar un cambio en la forma de abordar la atención temprana en Chile, promoviendo una visión integral del desarrollo infantil que trascienda las prácticas fragmentadas tradicionales. A través de una alianza estratégica con la Fundación Cristo Joven y el respaldo académico del Magíster en Atención Integral para la Primera Infancia de la Universidad Santo Tomás y la Universidad Málaga, se logró concretar la implementación del Centro Infantil de Atención Temprana San Agustín. Este centro no solo ha permitido beneficiar a 32 familias mediante un programa innovador y personalizado, sino que también busca sentar las bases para una nueva perspectiva de intervención basada en la colaboración intersectorial entre los ámbitos de salud, educación y social.

La experiencia adquirida ha evidenciado la importancia de involucrar activamente a las familias en el proceso, consolidando su rol como protagonistas del cambio y reconociendo que el desarrollo infantil se construye en los contextos cotidianos. A pesar de los desafíos enfrentados, como la falta de prácticas consolidadas de trabajo en red y las normativas restrictivas de algunas instituciones, se han dado pasos concretos hacia la superación de estas barreras mediante la implementación de estrategias que faciliten la integración social y la participación activa de todos los actores involucrados. Este modelo no solo beneficia a los niños y niñas atendidos, sino que también promueve cambios estructurales que pueden servir como referencia para el diseño de políticas públicas en Chile, marcando el inicio de una transformación necesaria en el desarrollo infantil temprano.

6. Referencias

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2020). *Manual de estándares centro de atención infantil temprana*.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro blanco de la atención temprana*. Editorial Real Patronato sobre Discapacidad.
- Verdugo, M. A., Rodríguez-Aguilella, A. y Sainz, F. (2012). *Escala de calidad de vida familiar: Manual de aplicación*. Publicaciones del INICO.

Precisión y actualización en la evaluación del desarrollo infantil: análisis crítico de herramientas diagnósticas en atención temprana

PABLO DANIEL FRANCO CABALLERO
Universidad de Málaga

LAURA YÚFERA FERNÁNDEZ
Universidad Internacional de Andalucía

1. Introducción

La atención temprana desempeña un papel fundamental en los ámbitos de la salud y la educación infantil al enfocarse en la detección e intervención precoz de dificultades en niños de 0 a 6 años. En las últimas décadas, la creciente demanda social y la investigación académica han reforzado su importancia, destacando su impacto en el desarrollo cognitivo, motor y socioemocional, así como en el bienestar de las familias (Bornstein et al., 2021; Escorcia-Mora et al., 2018; Guralnick, 2011).

En este contexto, las herramientas diagnósticas resultan esenciales para la identificación temprana de alteraciones en el desarrollo y la aplicación de estrategias de intervención basadas en evidencia (Roid y Sampers, 2004; Rosenberg et al., 2013). La evolución de estos instrumentos ha estado marcada por la necesidad de mejorar la precisión diagnóstica y garantizar su validez en distintos contextos. Entre las más utilizadas en los centros de atención infantil temprana se encuentran las escalas de desarrollo infantil de Bayley, el inventario de desarrollo Battelle y las escalas Mullen de aprendizaje temprano. Todas ellas han sido objeto de revisiones continuas para optimizar sus propiedades

psicométricas y ampliar su aplicabilidad (Armas Vega, 2019; Ng et al., 2021; Puerto Martínez, 2020).

Sin embargo, estas actualizaciones no están exentas de desafíos. Los profesionales deben estar al tanto de las diferencias entre versiones y comprender cómo estas pueden afectar la interpretación de los resultados y, en consecuencia, la toma de decisiones en la intervención (Guralnick, 2011; Wilder y Granlund, 2014). La falta de consenso sobre qué versión es la más adecuada para cada contexto puede generar discrepancias en la práctica profesional, afectando la fiabilidad de las evaluaciones y la orientación a las familias (Rojas Giraldo y López Luján, 2018). A pesar de los avances en la mejora de estas escalas, sigue existiendo debate sobre su aplicabilidad en poblaciones diversas y sobre cómo las diferencias entre versiones pueden influir en la detección de dificultades en el desarrollo infantil (Chen y Liu, 2019; Olmos Raya, 2021).

En este capítulo se analiza la evolución y las diferencias metodológicas de las principales herramientas diagnósticas utilizadas en atención temprana. A través de un enfoque comparativo, se examinarán los cambios introducidos en cada versión y sus implicaciones en la evaluación del desarrollo infantil. El objetivo es proporcionar información fundamentada que oriente a los profesionales en la selección de los instrumentos más adecuados, según el contexto y las necesidades de cada niño, para promover diagnósticos más precisos y una mejor calidad en las intervenciones.

2. Metodología

Este estudio adopta un diseño comparativo de carácter documental, centrado en el análisis detallado de los manuales y documentación técnica de diversas herramientas diagnósticas empleadas en atención temprana. El objetivo es identificar las diferencias metodológicas, psicométricas y estructurales entre las versiones más recientes y sus predecesoras para evaluar el impacto de los cambios en la práctica profesional.

2.1. Muestra

Se analizaron herramientas ampliamente utilizadas en la evaluación del desarrollo infantil: escalas de desarrollo infantil de

Bayley, inventario de desarrollo Battelle, escalas Mullen de aprendizaje temprano, escalas Merrill-Palmer revisada, *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2) y *Childhood Autism Rating Scale* (CARS-2). Para cada una, se compararon la versión en uso y su predecesora, destacando cambios en estructura, contenido, administración y propiedades psicométricas.

2.2. Instrumentos

El análisis se basó en la revisión crítica y sistemática de los manuales de cada herramienta, complementado con estudios académicos sobre sus aplicaciones y validaciones. Los manuales proporcionaron información clave sobre fundamentos teóricos, modificaciones en las subescalas, procedimientos de administración y ajustes en las propiedades psicométricas como validez y fiabilidad. También se consultaron publicaciones científicas para contrastar especificaciones técnicas y evaluar su aplicabilidad en diferentes contextos.

2.3. Procedimiento de análisis

El análisis se llevó a cabo en tres fases. Primero, se revisaron en detalle los manuales para identificar y clasificar diferencias entre versiones, prestando especial atención a redefiniciones de escalas, inclusión de subpruebas y cambios en la administración. Luego, se organizó la información en matrices comparativas para visualizar diferencias y semejanzas entre versiones, detectando patrones en las actualizaciones. Finalmente, se realizó un análisis crítico de los hallazgos en relación con la literatura académica, destacando fortalezas y debilidades de cada versión y sus implicaciones en la práctica profesional.

3. Resultados

El análisis comparativo de las herramientas diagnósticas en atención temprana evidencia diferencias significativas entre las versiones recientes y sus predecesoras en términos de estructura, administración y propiedades psicométricas. A continuación, se presentan los hallazgos clave de cada una.

3.1. Escalas de desarrollo infantil de Bayley

Las escalas de desarrollo infantil de Bayley son una herramienta ampliamente utilizada para la evaluación del desarrollo infantil en las primeras etapas de vida. Diseñadas para medir habilidades cognitivas, motoras y lingüísticas en niños de 1 a 42 meses, permiten identificar retrasos en el desarrollo y orientar intervenciones tempranas. La comparación entre versiones es relevante porque la escala ha sido revisada en diversas ocasiones para mejorar su precisión diagnóstica y adaptarse a los cambios en la investigación del desarrollo infantil. Concretamente, la transición de la segunda edición (BSID-II) (Bayley, 1993) a la tercera edición (Bayley-III) (Bayley, 2012) ha generado debates en la comunidad académica debido a cambios en la estructura factorial, la formulación de los ítems y los puntos de corte para la identificación de retrasos (Gagnon y Nagle, 2000).

En la segunda edición, la escala evaluaba el desarrollo mediante dos índices principales: el índice de desarrollo mental (MDI) y el índice de desarrollo psicomotor (PDI), proporcionando una puntuación estándar para cada dominio. La administración se realizaba en un entorno clínico mediante pruebas estructuradas y observaciones directas. La transición a Bayley-III introdujo cambios significativos, incluyendo la división del MDI en subescalas independientes de cognición y lenguaje, y la fragmentación del PDI en habilidades motoras finas y gruesas (Michalec, 2011). Adicionalmente, la nueva versión amplió los rangos de edad efectiva de aplicación, modificó los puntos de corte para cada sección y ajustó la muestra normativa para mejorar la sensibilidad diagnóstica (Yi et al., 2018).

Estudios comparativos han encontrado que las puntuaciones de Bayley-III tienden a ser más altas que las de BSID-II, lo que puede llevar a provocar menor precisión en la identificación de casos con retraso del desarrollo. En un análisis de muestras infantiles, se observó que las puntuaciones de Bayley-III fueron significativamente más altas en cognición y en motricidad en comparación con BSID-II. Estos resultados han generado preocupaciones sobre la posibilidad de que la nueva versión subestime el grado de retraso del desarrollo, especialmente en poblaciones de alto riesgo (Yi et al., 2018). Igualmente, es una de las escalas más ampliamente utilizadas por la precisión general de

cada una de sus subpruebas y su capacidad para facilitar la proyección en las intervenciones.

3.2. Inventario de desarrollo Battelle

El inventario de desarrollo Battelle (BDI) es una herramienta ampliamente utilizada para la evaluación del desarrollo infantil en niños desde el nacimiento hasta los 7 años y 11 meses. Su propósito es evaluar habilidades en múltiples dominios del desarrollo, incluyendo adaptación, socialización, comunicación, motricidad y cognición. Esta escala es de particular relevancia en contextos de atención temprana, ya que permite identificar posibles retrasos y planificar intervenciones educativas y terapéuticas adecuadas (Bliss, 2007). La versión original del BDI (Newborg et al., 1984) evaluaba el desarrollo infantil a través de cinco dominios principales, subdivididos en múltiples subpruebas. Sin embargo, su estructura fue revisada en la segunda edición (BDI-2) (Newborg y Company, 2005), reduciendo el número de subdominios y reorganizando los ítems para mejorar su precisión. Las principales razones para esta actualización incluyeron la necesidad de mejorar la sensibilidad y especificidad de la evaluación, adaptar la prueba a las nuevas normativas y ajustar la estructura factorial para reflejar de manera más precisa el desarrollo infantil; adicionalmente, se digitalizó el proceso de administración y se ajustaron tanto las puntuaciones como la adaptabilidad de los materiales empleados. A nivel conceptual, se eliminaron subdominios redundantes, se revisaron los criterios de puntuación y se ampliaron las muestras normativas para garantizar una mayor representatividad (Alfonso et al., 2010).

Uno de los cambios más relevantes en el BDI-2 mencionados en el estudio de Alfonso et al. (2010) fue la introducción de un método de administración más flexible. Se permitieron tres modalidades para la evaluación: prueba estructurada, observación en el entorno natural y entrevista con los cuidadores. Esta característica hizo que el BDI-2 fuese más versátil y adecuado para evaluar a niños con dificultades específicas que pudieran no responder adecuadamente a pruebas estructuradas tradicionales.

Analizándolo desde el punto de vista psicométrico, el BDI-2 mostró una mayor fiabilidad y validez en comparación con su predecesor. Se ajustaron los puntos de corte para reflejar mejor

las diferencias individuales en el desarrollo infantil y se mejoró la sensibilidad de la prueba para la identificación de retrasos. Estudios sobre este punto revelaron que la versión más reciente (BDI-2) presenta una mejor discriminación de habilidades en niños con dificultades del desarrollo, especialmente en los dominios de comunicación y habilidades adaptativas (Alfonso et al., 2010). No obstante, el estudio de Cunha et al. (2018) ha señalado que, a pesar de estas mejoras, aún existen limitaciones de su aplicación en poblaciones con diversidad lingüística, hasta el punto de que las puntuaciones del BDI-2 pueden diferir significativamente de las puntuaciones en pruebas como Bayley-III, por lo que la podría afectar la interpretación de resultados en contextos clínicos en este tipo de población.

3.3. Escalas Mullen de aprendizaje temprano

Las escalas Mullen de aprendizaje temprano [MSEL] evalúan el desarrollo infantil en cinco áreas clave: percepción visual, motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje receptivo y lenguaje expresivo. Son especialmente utilizadas en estudios sobre trastornos del neurodesarrollo y en el diagnóstico temprano de dificultades cognitivas (Farmer et al., 2016).

Un aspecto crítico de las MSEL es su validez concurrente con otras pruebas diagnósticas. Comparaciones con herramientas como Bayley-III o *Differential Ability Scales* (DAS-II) han evidenciado que las puntuaciones en Mullen suelen ser más altas, lo que puede generar discrepancias en la detección de retrasos cognitivos y lingüísticos (Akshoomoff, 2006).

Desde el punto de vista psicométrico, las MSEL han demostrado alta fiabilidad y una fuerte correlación entre sus subescalas de lenguaje y motricidad, lo que refuerza su consistencia interna (Farmer et al., 2016), coherentes con las teorías de desarrollo psicomotor vigentes.

3.4. Escalas de desarrollo Merrill-Palmer (revisada)

Las escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas (M-P-R) son una herramienta estandarizada diseñada para evaluar el desarrollo infantil en niños de 1 a 78 meses de edad. Su propósito principal es la evaluación de habilidades cognitivas, motoras y lin-

güísticas, ofreciendo información relevante para la identificación de retrasos en el desarrollo y la planificación de intervenciones tempranas. Se asemeja a otras pruebas en que utiliza materiales concretos y atractivos para los niños pequeños, como juguetes y rompecabezas, lo que facilita su aplicación en contextos clínicos y educativos (Roid y Sampers, 2004).

A diferencia de otras herramientas de evaluación del desarrollo infantil, la M-P-R ha sido diseñada para minimizar la dependencia de habilidades lingüísticas en la medición de la inteligencia no verbal. Esta característica la hace especialmente útil en poblaciones con dificultades en la comunicación, como niños con trastornos del espectro autista (TEA). Asimismo, su procedimiento de administración reduce el tiempo de evaluación en comparación con escalas similares, gracias a un sistema de finalización basado en errores acumulativos en lugar de errores consecutivos (Dempsey et al., 2018).

Desde su publicación original (Stutsman, 1931), la escala Merrill-Palmer ha sido revisada estructuralmente una vez y publicada por Roid y Sampers (2004). Posteriormente, en 2011 se publicó una versión en español adaptada para su uso en países hispanohablantes. La versión revisada introdujo una estructura reorganizada en diferentes baterías: una batería cognitiva, que incluye subescalas de desarrollo general, cognición, motricidad fina y lenguaje receptivo; una escala de memoria y coordinación visomotora, y una escala de motricidad gruesa. Además, se incluyen escalas complementarias para evaluar el lenguaje expresivo, el temperamento y la conducta adaptativa (Roid y Sampers, 2004).

Los estudios sobre las propiedades psicométricas de la M-P-R han demostrado una adecuada validez concurrente y predictiva en la evaluación del desarrollo infantil. En particular, investigaciones recientes han evaluado su utilidad en la detección temprana de retrasos en el desarrollo y en la predicción del rendimiento intelectual futuro. Se ha encontrado que el índice de desarrollo de la M-P-R tiene una correlación moderada con otras escalas de inteligencia, como la escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV), lo que sugiere su utilidad en la identificación de perfiles cognitivos en niños en edad preescolar (Dempsey et al., 2018). No obstante, algunos estudios han señalado ciertas limitaciones en la aplicabilidad de la escala en poblaciones diversas. Se ha observado que la M-P-R puede subesti-

mar las dificultades de desarrollo en niños con perfiles cognitivos atípicos, especialmente en comparación con herramientas más específicas para ciertos trastornos del desarrollo (Alcantud y Alonso, 2016).

3.5. *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2)*

El *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (Lord et al., 2000) es una de las pruebas más utilizadas para la evaluación del TEA. Su objetivo principal es evaluar la comunicación, la interacción social y los comportamientos repetitivos a través de una serie de actividades diseñadas para provocar respuestas conductuales específicas. La versión revisada, ADOS-2, introdujo un módulo específico para niños menores de 30 meses y reorganizó sus dominios de evaluación para alinearse con los criterios del DSM-5 (Lord et al., 2012), categorizando sus puntuaciones en dos: afecto social y conductas repetitivas y restringidas. Este cambio, aunque beneficioso en términos de concordancia con los manuales diagnósticos, ha generado cierto debate en la comunidad científica, ya que algunos estudios han encontrado discrepancias en la sensibilidad de estos nuevos criterios (Dorlack et al., 2018).

Si bien ADOS-2 ha mejorado la fiabilidad interevaluador y ajustado sus algoritmos de clasificación, algunos estudios han señalado que los cambios pueden haber afectado su sensibilidad en individuos con desarrollo lingüístico avanzado, lo que podría impactar su precisión diagnóstica (Kamp-Becker et al., 2018).

3.6. *Childhood Autism Rating Scale (CARS-2)*

El *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) (Schopler et al., 1980) es otra de las herramientas utilizadas en la evaluación del TEA. La escala original consta de 15 ítems que evalúan aspectos como la interacción social, la comunicación, la respuesta a estímulos sensoriales y la regulación emocional, ofreciendo una puntuación total que indica la severidad de los síntomas del espectro.

El CARS es otra de las herramientas clave en la evaluación del TEA. Su segunda edición (CARS-2) (Schopler et al., 2010) se presentó en dos versiones: una estándar (CARS2-ST) para niños con características clásicas del TEA y otra para alto funcionamiento

(CARS2-HF), destinada a aquellos con mejor desarrollo lingüístico y cognitivo. Además, la nueva versión incluye una guía de entrevista para padres y cuidadores, lo que permite obtener información más detallada sobre el comportamiento del niño en diferentes entornos y complementar la evaluación clínica con datos contextuales.

Esta actualización mejoró la precisión diagnóstica, permitiendo una diferenciación más detallada de los perfiles dentro del espectro (Ji et al., 2023). Sin embargo, algunos estudios como el de Perry et al. (2005) han indicado que, en algunos casos, la escala puede generar solapamientos con otros trastornos del neurodesarrollo, como el TDAH o los trastornos del lenguaje, lo que refuerza la necesidad de complementarla con otras herramientas.

4. Conclusiones y discusión

El análisis comparativo de las herramientas diagnósticas en atención temprana evidencia que las actualizaciones en cada una de ellas han respondido a la necesidad de mejorar la precisión diagnóstica y la adaptabilidad a distintos contextos clínicos y educativos. Los cambios estructurales y metodológicos en las escalas de desarrollo infantil de Bayley, el inventario de desarrollo Battelle, las escalas Mullen de aprendizaje temprano, la Merrill-Palmer revisada, el ADOS-2 y el CARS-2 han permitido optimizar su capacidad de detección y diagnóstico, aunque no sin generar desafíos en su implementación.

Un aspecto clave que emerge de este análisis es la importancia de considerar las diferencias entre versiones a la hora de seleccionar herramientas diagnósticas en atención temprana. La existencia de variaciones en la estructura factorial, los criterios de puntuación y los procedimientos de administración puede influir en la interpretación de los resultados y, en consecuencia, en la planificación de las intervenciones. De hecho, la evidencia de la bibliografía analizada (Kamp-Becker et al., 2018; Yi et al., 2018) indica que algunas de las versiones más recientes, como el Bayley-III o el ADOS-2, han generado preocupaciones sobre posibles cambios en la sensibilidad y especificidad de los diagnósticos, lo que sugiere la necesidad de seguir evaluando su aplicabilidad en distintas poblaciones.

Esta revisión de las herramientas destaca la necesidad de formación continua para los profesionales que utilizan estas herramientas, ya que los cambios entre las versiones implican modificaciones en la interpretación de los puntajes, y esto puede derivar en discrepancias en la clasificación diagnóstica si no se cuenta con una capacitación adecuada. En este sentido, el acceso a manuales actualizados, estudios de validación y guías de aplicación es fundamental para garantizar que los diagnósticos y las intervenciones derivadas sean lo más precisas y ajustadas posible (Alfonso et al., 2010; Lord et al., 2012).

5. Referencias

- Akshoomoff, N. (2006). Use of the Mullen Scales of Early Learning for the Assessment of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Child Neuropsychology*, 12(4-5), 269-277. <https://doi.org/10.1080/09297040500473714>
- Alcantud, F. y Alonso, Y. (2016). Predictive value of the Merrill-Palmer-R Scale applied during the first year of live. *Psicología Educativa*, 22(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.01.001>
- Alfonso, V. C., Rentz, E. A. y Chung, S. (2010). Review of the Battelle Developmental Inventory, Second Edition. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 6, 21-40.
- Armas Vega, A. A. (2019). *Guía de Atención Temprana en la detección de dificultades de la lectura en estudiantes del subnivel de Básica Elemental de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Intillacta*. (Tesis doctoral). Universidad Indoamérica. <https://repositorio.uti.edu.ec/items/bdf3206f-7b00-4628-9611-1ab83a92b041>
- Bayley N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*. 2nd ed. Psychological Corporation.
- Bayley, N. (2012). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition* [Database record]. APA Psyc Tests. <https://doi.org/10.1037/t14978-000>
- Bliss, S. L. (2007). Test Reviews: Newborg, J. (2005). Battelle Developmental Inventory–Second Edition. Itasca, IL: Riverside. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(4), 409-415. <https://doi.org/10.1177/0734282907300382>
- Bornstein, M. H., Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Bradley, R. H., Deater-Deckard, K., Bizzego, A. y Esposito, G. (2021). Child Deve-

- lopment in Low- and Middle-Income Countries. *Pediatrics*, 148(5), e2021053180. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053180>
- Chen, P.-H. y Liu, T.-W. (2019). Does Parental Education Level Matter? Dynamic Effect of Parents on Family-Centred Early Intervention for Children with Hearing Loss. *International Journal of Disability, Development and Education*, 68(4), 457-478. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1693033>
- Cunha, A. C. B., Berkovits, M. D. y Albuquerque, K. A. (2018). Developmental Assessment With Young Children: A Systematic Review of Battelle Studies. *Infants & Young Children*, 31(1), 69-90. <https://doi.org/10.1097/IYC.000000000000106>
- Dempsey, E. E., Smith, I. M., Flanagan, H. E., Duku, E., Lawrence, M. A., Szatmari, P., Zwaigenbaum, L., Vaillancourt, T., Volden, J., Miranda, P., Waddell, C., Georgiades, S., Elsabbagh, M., Ungar, W. J. y Bennett, T. (2018). Psychometric Properties of the Merrill-Palmer-Revised Scales of Development in Preschool Children With Autism Spectrum Disorder. *Assessment*, 27(8), 1796-1809. <https://doi.org/10.1177/1073191118818754>
- Dorlack, T. P., Myers, O. B. y Kodituwakku, P. W. (2018). A Comparative Analysis of the ADOS-G and ADOS-2 Algorithms: Preliminary Findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2078-2089. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3475-3>
- Escorcía-Mora, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Orcajada-Sánchez, N. y Hernández-Pérez, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en el sureste de España: Perspectiva de profesionales y familias. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(3), 500-509. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.311221>
- Farmer, C., Golden, C. y Thurm, A. (2016). Concurrent validity of the differential ability scales, second edition with the Mullen Scales of Early Learning in young children with and without neurodevelopmental disorders. *Child Neuropsychology*, 22(5), 556-569. <https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1020775>
- Gagnon, S. G. y Nagle, R. J. (2000). Comparison of the Revised and Original Versions of the Bayley Scales of Infant Development. *School Psychology International*, 21(3), 293-305. <https://doi.org/10.1177/0143034300213006>
- Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>

- Ji, S.-I., Park, H., Yoon, S. A. y Hong, S.-B. (2023). A Validation Study of the CARS-2 Compared With the ADOS-2 in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Suggestion for Cutoff Scores. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(1), 45-50. <https://doi.org/10.5765/jkacap.220027>
- Kamp-Becker, I., Albertowski, K., Becker, J., Ghahreman, M., Langmann, A., Mingeback, T., Poustka, L., Weber, L., Schmidt, H., Smidt, J., Stehr, T., Roessner, V., Kucharczyk, K., Wolff, N. y Stroth, S. (2018). Diagnostic accuracy of the ADOS and ADOS-2 in clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(9), 1193-1207. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1143-y>
- Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K. y Guthrie, W. (2012). *Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual*. Western Psychological Services.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, Jr., E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A. y Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223. <https://doi.org/10.1023/A:1005592401947>
- Michalec, D. (2011). Bayley Scales of Infant Development: Third Edition. En S. Goldstein y J. A. Naglieri (eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 215-215). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_295
- Newborg, J. y Company, R. P. (2005). *Battelle developmental inventory*. Riverside Pub.
- Newborg, J., Stock, J. R., Wnek, L., Guidubaldi, J. y Svinicki, J. (1984). *Battelle developmental inventory screening test*. Allen, TX: DLM-Teaching Resources.
- Ng, E. L., Bull, R., Bautista, A. y Poon, K. (2021). A Bifactor Model of the «Classroom Assessment Scoring System» in Preschool and Early Intervention Classrooms in Singapore. *International Journal of Early Childhood*, 53(2), 197-218. <https://doi.org/10.1007/s13158-021-00292-w>
- Olmos Raya, E. (2021). *Tecnologías Inmersivas y medidas psicofisiológicas para la evaluación y entrenamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista*. (Tesis doctoral). Universitat Politècnica de València. <https://doi.org/10.4995/Thesis/10251/165871>
- Perry, A., Condillac, R. A., Freeman, N. L., Dunn-Geier, J. y Belair, J. (2005). Multi-site Study of the Childhood Autism Rating Scale

- (CARS) in Five Clinical Groups of Young Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 625-634. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0006-9>
- Puerto Martínez, E. (2020). Evolución histórica de la Atención temprana. *Aula de Encuentro*, 22(1), 318-337. <https://doi.org/10.17561/ae.v22n1.12>
- Roid, G. H. y Sampers, J. L. (2004). *Merrill-Palmer-Revised Scales of Development* [Dataset]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t06030-000>
- Rojas Giraldo, J. M. y López Luján, E. (2018). La Atención Temprana: Una segunda oportunidad para los niños prematuros. *Crónica. Revista de Pedagogía y Psicopedagogía*, 3, 43-54. <https://revistacronica.es/index.php/revistacronica/article/view/24>
- Rosenberg, S. A., Robinson, C. C., Shaw, E. F. y Ellison, M. C. (2013). Part C Early Intervention for Infants and Toddlers: Percentage Eligible Versus Served. *Pediatrics*, 131(1), 38-46. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1662>
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F. y Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). *Journal of autism and developmental disorders*, 10(1), 91-103. DOI: 10.1007/BF02408436
- Schopler, E., Reichler, R. J. y Renner, B. R. (2010). *The childhood autism rating scale (CARS)*. Western Psychological Services Los Angeles, CA.
- Stutsman, R. (1931). *Merrill-Palmer scale of mental tests*. Stoelting Company.
- Wilder, J. y Granlund, M. (2014). Stability and Change in Sustainability of Daily Routines and Social Networks in Families of Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(2), 133-144. <https://doi.org/10.1111/jar.12111>
- Yi, Y. G., Sung, I. Y. y Yuk, J. S. (2018). Comparison of Second and Third Editions of the Bayley Scales in Children With Suspected Developmental Delay. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 42(2), 313. <https://doi.org/10.5535/arm.2018.42.2.313>

Experiencia de atención temprana en el voluntariado UDEPAT-MAIPI/AT en un jardín de Santiago (Chile)

BARBARA LORETO SANDOVAL ERICES
Universidad de Chile

1. Introducción

Como profesionales formadas en el Magíster en Atención Integral para la Primera Infancia y Atención Temprana (0 a 6 años), nace la motivación de participar en el voluntariado UDEPAT (Unidad de Detección y Prevención en Atención temprana, en colaboración con la Universidad Santo Tomás), cuyo objetivo principal es favorecer la implementación del modelo de atención temprana orientado a la promoción del desarrollo infantil, a la colaboración con la familia y las educadoras, resultando una oportunidad significativa de experimentar lo aprendido y un beneficio bidireccional tanto para el jardín como para los voluntarios.

La educación preescolar en Chile ha adquirido una relevancia creciente en las últimas décadas, reconociéndose como un pilar trascendental para el desarrollo integral de los niños de nuestro país y el mundo. Este nivel educativo no solo se centra en la adquisición de conocimientos iniciales, sino que también promueve habilidades socioemocionales y valores esenciales que forman la base del aprendizaje, sobre todo en la población infantil más vulnerable, donde los jardines públicos, como los agrupados en JUNJI, tienen un papel principal en aportar estos conocimientos.

Es importante mencionar que el concepto de vulnerabilidad hace referencia a una condición dinámica que resulta de la inte-

racción de una variedad de factores de riesgo y protección, individuales y contextuales (familia, escuela, barrio, comuna), antes y durante el desarrollo de un niño o niña, que se manifiesta en conductas o hechos de mayor o menor riesgo biopsicosocial, cultural y/o ambiental y que inciden en los niveles de desarrollo y bienestar que las personas poseen o poseerán a lo largo de su vida (Junaeb, s. f.).

Actualmente, las normas ministeriales de educación establecen que los jardines infantiles y salas cunas tienen el deber de acoger a niños y niñas, sin importar cuál es su condición. Sin embargo, el personal no está capacitado y no existe una norma específica o ley que establezca que los profesionales que trabajan con infantes con NEE estén capacitados para satisfacer sus necesidades (físicas, cognitivas, sociales y psicológicas). Lamentablemente, esta realidad es la que pudimos confirmar en la primera entrevista con las educadoras del jardín infantil intervenido, punto donde converge la bidireccionalidad del propósito del voluntariado, lo que nos permite mostrar el modelo de intervención para la primera infancia (0 a 6 años) y atención temprana, mientras conocemos las necesidades educativas del jardín, y estableciendo una oportunidad de aprendizaje para ambas partes.

La oferta programática en Chile para la primera infancia posee características sugeridas como efectivas para favorecer el desarrollo infantil. Sin embargo, presenta una débil evaluación de los programas, escasa oferta destinada a niños/as en situación de discapacidad y menor oferta en programas destinados a la prevención (Astudillo y Leppe, 2020). En este sentido, todas las acciones planificadas y llevadas a cabo en nuestro grupo de UDEPAT nos permitieron aportar en prevención, entregando herramientas al equipo del jardín infantil, quienes manifestaron la constante necesidad de seguir aprendiendo nuevos conocimientos que les permitan brindar una atención integral a todos los niños que asistan al jardín. Como voluntariados tuvimos la oportunidad de trabajar tres años seguidos en la misma institución, por lo que pudimos conocer el impacto de nuestro aporte.

2. Experiencia

2.1. Planteamiento

Desde la Facultad de Ciencias Sociales y el Magíster en Atención Integral para la Primera Infancia y Atención Temprana (0 a 6 años), MAIPI/AT, se creó, en el año 2019, el voluntariado UDEPAT – UST, integrado por egresados y especialistas en formación en atención temprana, el cual ha prestado su servicio a los jardines infantiles JUNJI y ha se expandido los últimos años a otras instituciones que imparten la educación inicial.

Como profesionales formadas en el Magíster en Atención Integral para la Primera Infancia y Atención Temprana (0 a 6 años), nace la motivación de participar en el voluntariado UDEPAT (Unidad de Detección y Prevención en Atención temprana) en colaboración con la Universidad Santo Tomás.

Actualmente, las normas ministeriales de educación establecen que los jardines infantiles y salas cunas tienen el deber de acoger a niños, sin importar cuál es su condición. Sin embargo, el personal no está capacitado y no existe una norma específica o ley que establezca que los profesionales que trabajan con infantes con NEE estén capacitados para satisfacer sus necesidades (físicas, cognitivas, sociales y psicológicas).

La experiencia que presentamos a continuación aborda los resultados iniciales obtenidos de la intervención del voluntariado UDEPAT en un jardín infantil de la Comuna de la Florida de Santiago de Chile, donde, mediante intervenciones educativas, logramos dar a conocer de manera incipiente el modelo de atención temprana y su aplicación en la primera infancia.

2.2. Objetivos

El objetivo principal de nuestra experiencia en el voluntariado es favorecer la implementación del modelo de atención temprana orientado a la promoción del desarrollo infantil y a la detección temprana, en colaboración con la familia y las educadoras, resultando una oportunidad significativa de experimentar lo aprendido, y siendo un beneficio bidireccional tanto para el jardín como para los voluntarios.

2.2.1. Objetivos del modelo de atención temprana con niños entre 0 y 6 años

- Potenciar las capacidades de desarrollo y bienestar de los niños/as desde el nacimiento hasta los 6 años.
- Colaborar con los padres o apoderados en las tareas de crianza y aspectos relacionados con el desarrollo infantil.
- Detectar lo más rápido posible cualquier alteración del desarrollo para ser derivado oportunamente.

2.2.2. Objetivos de la intervención de los equipos interdisciplinarios UDEPAT

La unidad diseña un programa de prevención y detección orientado a proporcionar el desarrollo infantil de los niños/as de 0-6 años con «signos de alerta» o que presenten alguna dificultad que requiera ser potenciado mediante un plan de intervención específico. Su objetivo principal es favorecer la implementación del modelo de detección y prevención de atención temprana orientado a la promoción del desarrollo infantil, al trabajo en colaboración con las familias, educadoras y personal de apoyo.

La intervención de los equipos interdisciplinarios UDEPAT se orienta a:

- Formar equipo de trabajo interdisciplinario con educadoras y padres o apoderados para lograr los propósitos de la intervención.
- Valoración inicial de los niños/as con «signos de alerta» detectados por las educadoras de párvulo, con estudio global del desarrollo del niño, su historia individual y familiar, recogida de información, evaluación del niño y su entorno, elaboración de hipótesis diagnósticas y diseño de plan de intervención o derivación a la red de salud.
- Trabajo colaborativo con las familias en la actividad educativa de su hijo/a, así como orientación sobre los diferentes recursos disponibles y, en caso necesario, derivación a otros servicios de atención.

2.3. Contexto y población

El Jardín Infantil Nuevo Amanecer está ubicado en la Comuna de la Florida, Santiago de Chile. Su enfoque principal es el desarrollo integral de los párvulos que asisten a sus dependencias.

2.3.1. Características del Jardín Nuevo Amanecer

- Pertenece a la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Gobierno de Chile.
- Su misión consiste en impartir educación parvularia de calidad y bienestar integral a niños y niñas, preferentemente de 0 a 4 años, priorizando a las familias con mayor vulnerabilidad socioeconómica a través de una oferta programática diversa y pertinente a los contextos territoriales (JUNJI, s. f.).
- Su visión es ser un referente en educación inicial de calidad, donde niños y niñas son protagonistas de sus propios aprendizajes (JUNJI, s. f.).
- Cuenta con una sala cuna menor, tres salas cunas mayores, dos niveles medio mayor y dos niveles de transición heterogéneo.
- Atiende a una población de alrededor de 180 niños, de los cuales gran parte son vulnerables.
- Su enfoque es el desarrollo integral de los párvulos desde una mirada artística y conciencia ambiental.
- En él trabajan personas técnico y profesional, entre ellos, técnicos en educación parvularia, educadoras de párvulos y personal de apoyo.

2.3.2. Organización entre UDEPAT y el jardín infantil

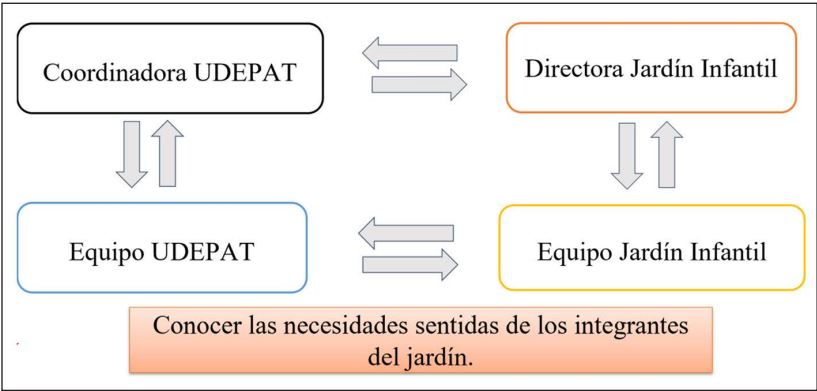
- La primera instancia de comunicación se realiza a principio de todos los años (2021, 2022 y 2023). La organización central del UDEPAT informa a los coordinadores de grupo qué jardín les corresponderá intervenir, posteriormente, cada coordinador de grupo se comunica vía *mail* con la directora/o del jardín correspondiente, estableciendo la reunión inicial para la unificación de temas que tratar.
- Durante la primera reunión, se entregan las problemáticas prioritarias desde la visión de las autoridades del jardín infantil al coordinador del equipo UDEPAT, con el fin de que puedan ser intervenidas por el equipo. Posteriormente, esta información será transmitida al resto de los participantes del equipo.
- Tras la reunión con los directivos, se pide la autorización para reunirse con el personal que trabaja en el jardín. En esta instancia, se aprovecha para realizar el diagnóstico de necesidades sentidas del equipo del jardín mediante entrevistas o llu-

via de ideas de temas que responden a las necesidades del equipo.

- Después de la definición de temas que tratar, se presentan al equipo UDEPAT, se distribuyen los temas según el área de desarrollo de los integrantes y se determinan las fechas factibles, tanto para el equipo como para el jardín, para realizar las intervenciones.
- Se realiza un informe inicial con la planificación del trabajo con el jardín, el cual se envía a la dirección del establecimiento.
- Se realizan de tres a cuatro intervenciones anualmente, desde mayo a noviembre, las cuales incluyen la entrega del material de apoyo para la institución.
- Se evalúan actividades mediante encuestas realizadas por la coordinación central de UDEPAT, donde los participantes de las intervenciones tienen acceso a responder y evaluar lo realizado.

Se realiza un informe final por la coordinadora del equipo UDEPAT, dando cuenta de los logros y aspectos de mejora. Este informe es entregado a la coordinación central de UDEPAT.

Figura 1. Flujograma de vinculación entre el jardín y el voluntariado UDEPAT



Nota. Elaboración propia

La coordinación es un punto clave en el desarrollo de esta experiencia colaborativa, ya que de ello depende la realización de intervenciones adecuadas que reflejen las verdaderas necesidades del personal que trabaja en el jardín infantil.

3. Discusión

3.1. Necesidades del jardín infantil

Durante los años trabajados con el Jardín Infantil Nuevo Amanecer, pudimos destacar la necesidad de conocimiento en diferentes temas del desarrollo infantil temprano; se encontraban ávidos de conocimientos y con necesidad de respuestas a las distintas situaciones que acontecían a los niños que asisten al jardín. Manifestaban querer tener más información de las distintas alteraciones del desarrollo que se pueden encontrar en la primera infancia.

Si bien una de las premisas del jardín es trabajar con las familias de cada uno de los niños que asisten a sus dependencias, aún se evidencia la necesidad de fomentar el trabajo en conjunto con el fin de lograr el desarrollo integral infantil. Se pudo observar lo complejo que es convocar a las familias para que participen activamente en el desarrollo de sus hijos, por lo cual también se trabajaron estrategias para lograrlo, invitando a las familias a ser partícipes del desarrollo de sus hijos.

Cabe destacar la importancia de conocer las necesidades de los profesionales que trabajan en el aula y no solo las necesidades de los directivos de las instituciones, siendo el diagnóstico participativo de necesidades una instancia oportuna para conocer sus dudas reales, ya que al escuchar sus requerimientos algunos no coincidían con las temáticas mencionadas por la dirección o diferían en su abordaje.

3.2. Aprendizajes como voluntarios UDEPAT

El trabajo colaborativo con profesionales de diversas disciplinas en el voluntariado UDEPAT se vuelve fundamental, ya que todos, en sus distintas disciplinas, aplican el modelo de atención temprana y aportan una visión integral de las necesidades de los niños, pudiendo realizar planes integrales que daban respuesta de manera completa a sus requerimientos.

La aplicación del modelo de atención temprana en terreno en un jardín infantil público con altas demandas de conocimiento de sus trabajadores y de amplias necesidades de los niños que asisten, es un reto que requiere mucho más que un voluntariado;

si bien somos un aporte inicial necesario, es insuficiente para cubrir todas las necesidades de atención temprana y conocimientos que se requieren. Necesitamos políticas públicas de implementación de modelo de atención temprana en jardines infantiles que garanticen un trabajo inter y transdisciplinario basado en el modelo ecológico, con impacto en la población infantil que más lo requiere.

3.3. Encuesta de la experiencia año 2022

Figura 2. Encuesta aplicada por la coordinación central del voluntariado UDEPAT, 2022

¿Quién responde esta encuesta?	Me senti cómodo		Fui informado de todo el proceso de trabajo para el niño		El trabajo de UDEPAT fue un aporte para el niño		Les gustaría que la UDEPAT continúe asistiendo o en el que usted trabaje		Marque el jardín al cual su hijo asiste o en el que usted trabaja		Le pedimos pueda dejar alguna sugerencia o comentario del proceso	
	o con el	trabajando	de todo el	un aporte	UDEPAT	UDEPAT	UDEPAT	UDEPAT	asiste o en el que usted trabaja	asiste o en el que usted trabaja	asiste o en el que usted trabaja	asiste o en el que usted trabaja
1. Educadora de Párvulos	5	5	5	5	5	5	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Toda la información entregada fue muy clara, me ayudo a conocer mas sobre el tema	
2. Educadora de Párvulos	5	5	4	4	4	5	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Me gustaría que nos ayudaran mas que con el identificar, con el trabajo en sala diario.	
3. Educadora de Párvulos	5	5	5	5	5	5	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Muy bueno el taller.	
4. Educadora de Párvulos	5	5	5	5	3	3	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Aprender con los niños y niñas de cada nivel nuevas cosas	
5. Educadora de Párvulos	5	5	5	5	5	5	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	El taller estuvo muy bueno , y los contenidos muy claros	
6. Educadora de Párvulos	5	5	4	4	4	5	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Necesitamos mas informacion pero de forma presencial.	
7. Educadora de Párvulos	3	3	3	4	4	5	5	5	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Jardín Infantil Nuevo Amanecer	Me gustaría que sigan implementando estos talleres en nuestro establecimiento y a la vez que asistan presencialmente un día a estar en las salas	

Nota. Elaboración coordinación central UDEPAT

3.3.1. Resultados de la encuesta

Si bien solo respondieron siete personas que asistieron a las distintas intervenciones del voluntariado UDEPAT en el jardín antes mencionado el año 2022, es una muestra del impacto y de los aspectos que mejorar en nuestras próximas instancias de intervención. Destacan que la entrega de la información fue clara, que los talleres fueron adecuados, con contenidos atingentes, además de la voluntad de seguir realizando talleres con los voluntarios. Por otro lado, nos instan a tener más intervenciones y que los encuentros sean presenciales. La calificación varía de 3 a 5 puntos, siendo el 1 la calificación más baja y el 5 la calificación más alta, predominando la calificación más alta en su evaluación.

4. Conclusiones

Se requiere de manera imperante formación de las y los trabajadores de la educación inicial en el modelo de atención temprana que les permita pesquisar de manera precoz alteraciones del desarrollo y necesidades educativas especiales, ya que ellos, al ser

parte de los establecimientos pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), tienen mayor impacto en las poblaciones vulnerables de nuestro país (Chile), al atender a las familias con menos recursos y con mayores necesidades, los cuales tienen menor acceso a la identificación de sus problemáticas de manera oportuna.

Pudimos evidenciar mediante el voluntariado el desconocimiento teórico y técnico para trabajar con niños en la primera infancia que presentan necesidades educativas especiales (NEE) o con alteración en el desarrollo, debido a que la formación de los profesionales y técnicos en nuestro país (Chile) se centra en el desarrollo infantil normotípico, por lo que se trata de una tarea pendiente en la formación futura.

Nuestra experiencia solo se puede calificar como inicial; falta un mayor número de intervenciones que se mantengan en el tiempo, con mayor participación de distintos actores y mayor cantidad de jardines infantiles que intervenir para que podamos tener conclusiones profundas y con mayor impacto. Aun así, la experiencia del voluntariado UDEPAT es una oportunidad única para acercarnos a espacios menos favorecidos.

Finalmente, logramos establecer un diagnóstico inicial como voluntariado, lo cual será un punto de partida para nuevas intervenciones que se prolonguen en el tiempo y en las cuales se pueda medir el impacto real en las poblaciones más vulnerables. Además, creemos que esta experiencia debe ser tomada en cuenta en niveles directivos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles de nuestro país para ser replicada de manera masiva.

5. Referencias

- Astudillo, D. y Leppe, J. (2020). Oferta de programas para el desarrollo integral de la primera infancia en Chile: Revisión exploratoria. *Revista chilena de pediatría*, 91(4), 605-613. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000400605&script=sci_arttext
- Junaeb. (s. f.). *¿Qué Entendemos Por Vulnerabilidad?* <https://web.archive.org/web/20230404222309/https://www.junaeb.cl/medicion-la-vulnerabilidad-ivm/>
- JUNJI. (s. f.). *Misión y Visión*. Revisado 10 de febrero de 2025, de <https://junji.cl/mision-vision/>

- Del Toro Alonso, V. y Sánchez Moreno, E., (2020). Introducción del modelo centrado en familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 9-21.
- Pino, K. y Rodríguez, C. (2020). *Estudio descriptivo, sobre cómo se aborda la inclusión de niños y niñas con necesidades educativas especiales dentro de cinco salas cunas y jardines infantiles de la ciudad de Santiago* (Memoria de pregrado). Universidad Gabriela Mistral. <https://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/1820>

Atención temprana y educación infantil: a propósito de un programa de coordinación

MARÍA JESÚS LUQUE-ROJAS
Universidad de Málaga

ANA M.TENA ROJAS
Junta de Andalucía

DIEGO JESÚS LUQUE PARRA
Universidad de Málaga

BLANCA PALOMA FLORES DE VILLAR
Universidad de Málaga

1. Organización y desarrollo de la atención temprana en Andalucía

El *Libro Blanco de la Atención Temprana* (2000) la define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Real Patronato de Atención a la Discapacidad, 2000; Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005).

Así, el modelo de atención temprana de Andalucía (Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía) es un modelo generalista que pretende asegurar una red de recursos que permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en la búsqueda de una acción integral. Esta red de recursos se hace tomando como base a los centros de atención e intervención temprana (en adelante CAIT) (también se pueden incluir CAIT específicos para intervenir sobre trastornos del desarrollo concretos en determinadas situaciones), que son unidades asistenciales especializadas para llevar a cabo el tratamiento de intervención temprana de la persona menor, su familia y su entorno. Con todo, se busca la satisfacción de los derechos y necesidades de las personas menores de seis años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, sus familias y su entorno, procurando una atención de calidad y excelencia a esta población.

Considerando para esta estructura de actuaciones una organización y desarrollos concretos, se plantean los programas de intervención que, en nuestro caso, se materializan en un programa de coordinación para la detección y aplicación de la respuesta educativa a los infantes que lo precisen. Este programa se lleva a cabo en una zona educativa de la provincia de Málaga, se valora su aplicación y resultados, con algunas conclusiones y propuestas de intervención.

2. Programa de detección y organización de la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas específicas de nueva escolarización en educación infantil de 3 años

La Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, en sus recomendaciones para los planes de actuación de los equipos de orientación educativa (en adelante EOE), propone, entre otros, la elaboración y aplicación de un Programa de Detección y Organización de la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas específicas de nueva escolarización en Educación Infantil (en adelante EI) de 3 años (figura 1).

Figura 1. Estructura de Programa de detección y organización de la respuesta educativa

Actividades	Agentes intervinientes	Temporalidad
1. Reuniones CAIT - EOE para intercambio de información y entrega de informes de escolarización previos, elaborados desde el CAIT.	EOE/CAIT/EPAT	Febrero
2. Reunión plenaria del EOE para valorar el alumnado NEE que tuviera necesidad de evaluación psicopedagógica.	EOE	Febrero
3. Realización del procedimiento de Evaluación Psicopedagógica que consiste en: Elaboración del IEP y, si procede, dictamen de escolarización, como resultado de las actuaciones posibles: informes externos, entrevistas a familias, evaluación del alumnado en contexto natural, entrevista- visita al centro de educación infantil, segunda evaluación por un segundo orientador/a en caso de que se estime necesario y/o EOOE (posibilidad de aula específica, posibilidad de cambio de centro, dudas razonables con relación a los recursos necesarios, etc.).	EOE	Marzo – abril
4. Finalización del proceso de nueva escolarización: Seguimiento del alumno/a matriculado en cada centro.	Orientador/a de referencia	Primer trimestre
5. Traspaso de información al CEIP sobre las necesidades del alumnado de nueva escolarización para organización de la respuesta educativa. Se realizará reunión con EOC, tutor/a.	Orientador/a de referencia/EOC	Septiembre
6. Reuniones de seguimiento para valorar el ajuste de la respuesta educativa: EOC, tutor/a, familia, equipo docente.	Orientador/a de referencia	A lo largo del curso. (según necesidades y posibilidades)
7. Reunión para intercambio de información entre CAIT y EOE.	EOE/CAIT	Noviembre.
8. Asesoramiento y Seguimiento de alumnos/as con dificultades físicas o motoras (Profesorado y Familias).	Médico/Orientador/Profesorado/Familias	A lo largo del curso.
EVALUACIÓN: Valoración de indicadores de acuerdo con lo establecido en el apartado Evaluación del plan anual de trabajo.		
Nº de reuniones celebradas entre EOE-CAIT:		
Nº alumnos/as que presentan NEE tras la evaluación:		
Nº alumnado que es atendido por CAIT:		
Nº de alumnos/as evaluados en nueva escolarización (total):		
Media por orientador/a (número de alumnos/as que de media han sido evaluados en el EOE de nueva escolarización):		
Calidad de las reuniones con la familia		
Calidad de las reuniones con el CAIT.		
Valoración cualitativa del programa y propuestas de mejora		
AGENTES INTERVINIENTES:		
Profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y del Centro de Atención Infantil Temprana, así como del EOE Especializado y otros profesionales, según las necesidades del alumnado, del profesorado, del alumno y de la familia.		

El programa se justifica de acuerdo con las Instrucciones de la Consejería y dentro del marco de la normativa educativa, en concreto, la Ley de Educación de Andalucía y la Ley 1/2023 de 16 de febrero que regula la Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. En línea con ello, y en el contexto de una zona educativa de EOE, los destinatarios serán los alumnos que solicitan admisión en el primer curso del 2.º ciclo de Educación Infantil, implicando a las familias, centros y comisiones de escolarización.

2.1. Objetivos

Los objetivos se fundamentan en la valoración y diagnóstico de los infantes, definiéndose en:

- 1. Detectar las necesidades educativas del alumnado.
- 2. Favorecer la incorporación y adaptación del alumnado que pasa a Educación Infantil de 3 años.
- 3. Asesorar a las familias de los niños con NEE en ese traslado educacional.

3. Análisis de resultados del alumnado objeto de aplicación del programa (valoración de necesidades y recursos en una zona educativa)

De acuerdo con los datos estadísticos de población de la zona educativa, con un total de 95 862 habitantes (tabla 1), el porcentaje de alumnado con necesidades específicas en la atención temprana es de 0,48/1000 en la zona y de 0,60/1000 para el núcleo urbano mayor de Estepona.

Tabla 1. Aspectos de población de la zona educativa

Municipio	Población (de derecho)	N.º de hogares
Estepona	71 696	27 729
Casares	7 321	3 050
Manilva	16 845	7 151
Totales	95 862	37 930

De un total de 46 alumnas y alumnos que han sido valorados para el curso 2024-25, se han realizado 43 dictámenes, quedando tres sin valorar por razones circunstanciales, evaluación que se pospone para que esté preparada a comienzos del curso próximo. Dejando los alumnos cuya evaluación es de un desarrollo curricular ordinario, se han comparado 37 casos (CAIT – EOE), sobre los que se cumplimentará el análisis.

En este conjunto de alumnado (37; 29 varones y 8 mujeres), se tiene la siguiente distribución: 78,38 % varones y 21,62 % mujeres (figura 2). Considerando sus diagnósticos y bases teóricas, se puede confirmar que los niños presentarían mayor riesgo, lo que es observado ya en diversos estudios y quizá asociado a una etiología genética.

Figura 2. Distribución de la muestra por sexo



En cuanto a elementos diagnósticos, se aprecia un acuerdo entre las entidades evaluadoras en su referencia a la modalidad escolar y a los recursos que necesita el alumnado. Sin embargo, se tiene disparidad, más terminológica que conceptual, en lo referido al nombre o diagnóstico (tabla 2). Así, para el CAIT los trastornos del desarrollo, como término genérico, se asocian a retrasos evolutivos y alertas de trastorno del espectro autista. Para el EOE, el término trastorno grave del desarrollo (concretado en lo psicomotor o del lenguaje) es el más usado en su valoración, además del de retraso evolutivo grave.

Llama la atención que un 48,6 % de la población evaluada (para el CAIT) tenga la probabilidad de TEA. Es posible que este dato se deba a una llamada de atención sobre el niño o niña para una intervención en la diversidad de su desarrollo, con un

Tabla 2. Aspectos de diagnóstico, modalidad de escolaridad y de recursos

Diagnóstico CAIT	Diagnóstico EOE	Modalidad escolar	Recursos
18 alerta TEA	17 TGD o TGD L	Acuerdo en la modalidad de escolaridad:	Acuerdo en los recursos de pedagogía
5 D. motor o psicomotor	1 TGD psicomotor	Modalidad B (36)	terapéutica, logopedia, tto. médico,
4 retraso evolutivo	16 retrasos evolutivos	Modalidad C (1)	PTIS, fisioterapia
3 retraso lenguaje	1 lesión medular		
3 trastorno desarrollo	1 enfermedad rara		
3 sin definir	1 sin definir		
1 trastorno sensorial			

carácter más específico. Pero a la vez, debería contemplarse el efecto que produce en las familias y en sus posteriores actuaciones con los niños por los diversos profesionales. No se discute si esa valoración sea o no correcta, sino si es la apropiada para ese particular momento evolutivo del niño o niña evaluado. De ahí que pudiera ser más aceptable e, incluso, recomendado en foros internacionales hacer uso del término trastorno grave del desarrollo (tabla 3) con preferencia sobre los de discapacidad intelectual o autismo, hasta los 5 o 6 años (Luque et al, 2024).

Tabla 3. Criterios para la asignación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (Consejería de Educación de la Junta de Andalucía)

Trastornos graves del desarrollo
• Retraso grave en la aparición de los hitos evolutivos, que requiere un diagnóstico inicial o provisional. Se aplicará solo en la etapa de Educación Infantil. A efectos de clasificación se considerarán tres grupos: – Retraso evolutivo grave o profundo: retraso en la aparición de los hitos evolutivos promediados en dos o más de las áreas de desarrollo (psicomotor, perceptivo-cognitivo, comunicación, autonomía, relación personal, etc.) de dos o más desviaciones típicas. – Trastornos graves del desarrollo del lenguaje. – Trastornos graves en el desarrollo psicomotor.

En cuanto a los recursos, como se decía anteriormente, no hay diferencias entre ambas instancias de valoración, observándose, no obstante, que la actividad de fisioterapia no es contemplada en el ámbito de la Educación Primaria, quizá por entenderla en una exclusiva condición biomédica. En este sentido, podría convenirse que esa necesidad debería ser contemplada también en la nueva etapa educativa, sirviendo de base para ac-

tuaciones compensadoras con efectos positivos en lo personal y psicosocial.

Con relación a la modalidad de escolaridad, esto es, a la manera de abordar las actuaciones educativas e intervenciones psicopedagógicas, según las necesidades del alumnado, hay un acuerdo unánime en todos los dictámenes, que tienden a la máxima integración: 97,29 % aula ordinaria (modalidad B) y tan solo un caso (2,70 %) de aula de educación especial en centro ordinario (modalidad C). Sin duda, esta distribución es una muestra de la disposición del sistema educativo en la zona por la inclusión. Cabe decir al respecto que en el caso de la modalidad C debe garantizarse la existencia de espacios y tiempos compartidos con el alumnado del centro que favorezcan su integración, acudiendo al aula y ámbitos de sus iguales.

4. Discusión

En este trabajo se trata de poner de manifiesto la importancia de la coordinación entre instancias de distintos ámbitos de intervención, pero coincidentes en sus fines de respuesta a las necesidades específicas de los niños y niñas que precisan apoyo en su desarrollo. Se valora imprescindible la aplicación de programas de coordinación y de seguimiento de actividades en ambas etapas educativas y de edad (0 a 6 años), a fin de conseguir los objetivos de detección, evaluación e intervención en los niños que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, dando así respuesta a sus necesidades transitorias o permanentes.

En el desarrollo del programa de este trabajo, se tienen unos resultados de interés, por cuanto se aprecian:

- Una correcta intervención, tanto en la evaluación como en la intervención propiamente dicha, en el ámbito del CAIT y de las familias.
- Un traslado de la información del infante a través del CAIT y de la familia ordenado y pertinente.
- Una evaluación y diagnóstico por el equipo de orientación educativa centrado en el niño y en sus necesidades educativas, de cara a su próxima escolaridad.

- Obtención y valoración de los recursos materiales y humanos, así como sus modalidades de escolaridad que precisarán en los centros educativos.
- Información a las familias de las necesidades específicas y su respuesta en los centros educativos de la zona.
- Traslado a los centros educativos de la distribución y necesidades del alumnado.
- Acuerdo entre CAIT y EOE en lo fundamental de la evaluación de necesidades, recursos y modalidad, siendo conveniente el seguimiento de una unificación de criterios de evaluación y diagnóstico de los desarrollos individuales de los niños y niñas que más necesitan de intervención psicopedagógica.

Este programa en concreto pone de manifiesto dos aspectos específicos:

1. Los beneficios de una información compartida entre CAIT, EOE y familias, información que se traslada, a su vez, con la consideración de punto de partida educativo para la próxima etapa.
2. Continuidad de trabajo en las relaciones de ambas instancias a fin de unificar criterios diagnósticos en la evaluación, así como en propuestas de intervención y de seguimiento (Luque-Rojas et al., 2024).

5. Atención temprana y educación infantil: alguna conclusión para el neurodesarrollo y el aprendizaje

Todo el argumentario sobre las intervenciones de la atención temprana gira sobre los efectos que la estimulación, el aprendizaje y la experiencia tienen sobre la maduración cerebral y, en consecuencia, sobre el desarrollo personal y social de los niños. En el desarrollo evolutivo, en un ámbito de educación inclusiva y en aplicación de una filosofía educativa de atención a la diversidad, tiene cabida cualquier programa, actividad o actuaciones docentes, psicológicas, pedagógicas, logopédicas, médicas, psicomotoras, sociales... que persigan objetivos de adquisición, eje-

cución y desarrollo en lo psicomotor, cognitivo, lingüístico, social, afectivo y de aprendizajes (Trianes et al., 2013).

El diagnóstico de discapacidad intelectual o de trastornos del desarrollo no determina el desarrollo educativo del alumnado, sino que establece y detalla la atención educativa adecuada, los apoyos y recursos oportunos; todo para la compensación de sus limitaciones, el desarrollo de sus capacidades, en suma, la normalización de su vida (Luque-Parra y Luque-Rojas, 2020). En esta línea, una acción educativa firme, constante e inteligente activa el cerebro del niño con discapacidad intelectual, pese a las dificultades que pudiera tener, y le hace utilizar sus recursos de neuroplasticidad (Flórez et al., 2017).

En general, en el niño o niña con discapacidad o trastornos del desarrollo debe tenerse en cuenta, tanto en su evaluación como en la estructura y planificación de las intervenciones:

- Integración valorativa de sus capacidades y limitaciones.
- La evaluación se dirige a objetivos de intervención, por lo que se tratará de hacer una descripción de la persona con discapacidad intelectual y su contexto, procurando funcionalidad y significación en su persona y situación.

La planificación de actuaciones debe orientarse hacia objetivos sobre la integración dinámica de capacidades y habilidades cognitivas, lingüísticas, de desarrollo psicomotor, afectivo emocional, habilidades de juego y respuesta al medio. De acuerdo con Candel (2005, 2016), Ibáñez et al. (2014) y Perpiñán (2019), los objetivos educativos, como en cualquier otro niño, deben girar en torno a:

- Favorecimiento del ajuste familiar (nuclear y extensa) permitiendo la integración.
- Valorar en los progenitores su carácter de educadores, pero en su papel de padre y madre que disfrutan como tales y en la relación amorosa hacia los hijos.
- Fomento de adecuados patrones comunicativos, de modo que el niño/niña pueda reaccionar a los estímulos del medio (generando interés y motivación), a la vez que los padres y madres disfruten ejerciendo sus papeles parentales.
- Mantenimiento de un ambiente rico, estimulante y estructurado que se dirija a objetivos de desarrollo integral.

- Intervención en los procesos de desarrollo madurativo del caso, para favorecer su autonomía e independencia.

En suma, se evalúan áreas de desarrollo que luego han de integrarse en un conjunto estructurado de actuaciones, de forma que esa conjunción sea superior a la simple suma de los resultados de las áreas. Esto es, los procesos de evaluación se convierten en entidades dinámicas con objetivos de actuación, cuyos resultados se entrelazan con los habidos en las otras áreas, conformando una estructura organizada de intervención para el desarrollo evolutivo del niño. Se concluye que todo el conjunto de intervenciones en el neurodesarrollo, propio del ámbito de la atención temprana, no debería hacerse sin una visión de inicio interdisciplinar y de funcionamiento e integración transdisciplinar. Esta visión debería, igualmente, continuarse en la etapa de 3 a 6 años y considerarse como actuaciones propias de los profesionales que la integran, orientadores y profesores (tutores y especialistas), al menos durante el primero y segundo cursos de la Educación Primaria. De esta forma, los alumnos, y en particular los que presentan algún trastorno en su desarrollo, tendrían un mejor proceso de adaptación y un progreso curricular, personal y social más adecuado sus desarrollos evolutivos.

6. Referencias

- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano: experimentos de la naturaleza y el diseño*. Harvard University Press.
- Candel Gil, I. (2005). Development of an early intervention program. https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/774/Art_7_98_eng.pdf?sequence=1
- Candel, I. (2016). El método Padovan... ¿es recomendable?: opinión de los expertos en Atención Temprana de Down España. <http://hdl.handle.net/11181/5075>
- Dekker, A. D., De Deyn, P. P. y Rots, M. G. (2014). Epigenetics: the neglected key to minimize learning and memory deficits in Down syndrome. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 45, 72-84.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. y Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13, 370-378.

- Flórez, J, Garvía, B. y Fernández-Olaria, R. (2017). *Síndrome de Down: Neurobiología, Neuropsicología, Salud Mental. Bases para la intervención en el aprendizaje, la conducta y el bienestar mental*. CEPE. Fundación Iberoamericana Down21.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Ibañez, P., Mudarra, J., y Alfonso, C. (2014). *Atención temprana. Diagnóstico e intervención psicopedagógica*. Editorial UNED.
- Kumin, L. (2014). *Habilidades de comunicación tempranas para niños con síndrome de Down. Una guía para padres y profesionales*. Fundación Iberoamericana Down21.
- Luque-Parra, D. J. y Luque-Rojas, M. J. (2020). Mi hermano tiene discapacidad. Yo también estoy aquí. *Polyphōnía: Revista de Educación Inclusiva* 4(2), 199.
- Luque-Rojas, M. J., Elósegui, E., Casquero, D. y Luque-Parra, D. J. (2024). Atención Temprana: consideraciones psicopedagógicas para la intervención en el neurodesarrollo. *Confluencia de Saberes. Revista de Educación y Psicología*, 10, 85-107. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/confluenciadesaberes/article/view/5313>
- Mahoney, G. y Perales, F. (2012). El papel de los padres de niños con síndrome de Down y otras discapacidades en la atención temprana. *Revista Síndrome de Down*, 29(113), 46-64.
- Martínez-Cué, C., Rueda, N., García, E., Davisson, M. T. Schmidt, C. y Flórez, J. (2005). Behavioral, cognitive and biochemical responses to different environmental conditions in male Ts65Dn mice, a model of Down syndrome. *Behav Brain Res*, 163, 174-185.
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en atención temprana: transformación a un enfoque centrado en la familia. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 133-153.
- Perpiñán, S. (2019). *Atención temprana y familia: cómo intervenir creando entornos competentes* (Vol. 184). Narcea Ediciones.
- Trianes, M. V., Luque, D. J. y Fernández, F. J. (2017). *Manual de Psicología de la Educación para psicólogos*. Facultad de Psicología Universidad de Málaga.
- Yusuf, H. K. M. e Islam, K. (2002). Brain development. En V. S. Ramachandran (ed). *Encyclopedia of the Human Brain*, (I), (pp. 493-507). Academic Press.

El estado actual de las prácticas centradas en la familia en atención temprana desde la percepción y experiencia de las familias españolas

MÓNICA MONTAÑO MERCHÁN

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

1. Introducción

En la actualidad, afortunadamente, la intervención en atención temprana (AT) se entiende desde una perspectiva integradora y global, teniendo en cuenta los entornos naturales en los que cada niño o niña con necesidades educativas especiales o con riesgo de presentar dificultades en su desarrollo se desenvuelve, dando especial protagonismo a la familia como principal agente socializador. En este sentido, la finalidad es que cada infante neurodiverso alcance su máxima autonomía e inclusión en los entornos en los que se desarrolla, con el fin de maximizar así su potencial.

Por tanto, cabe referir que, la sociedad se encuentra inmersa en un proceso de cambio y de transformación de las prácticas profesionales en el campo actual de la atención temprana, en el que se encuentran inmersos varios centros en España. En los últimos años, la manera de entender y abordar la intervención con la infancia y sus familias ha experimentado una evolución significativa (Escorcía, 2019). Se ha producido un cambio progresivo en los que se han ido transformando los enfoques clínicos tradicionales hacia un modelo centrado en la familia, pasando a ocupar, en estas prácticas recomendadas (PR), un papel central y recono-

ciéndola como un agente clave en el proceso de intervención (Dunst, 2019; Escorcía et al., 2018; García-Grau et al., 2020).

Este enfoque de las prácticas profesionales recomendadas se basa en principios que priorizan la autonomía y la participación del infante en la comunidad, considerando a la familia, especialmente a los cuidadores principales, como un elemento clave en el proceso de intervención, promoviendo la ampliación de las interacciones en las actividades de la vida diaria y la implementación de estrategias en los contextos naturales de desarrollo (Dunst, 2016; Escorcía et al., 2021).

Esta investigación nace ante la necesidad de estudiar la realidad que envuelve a las familias españolas, poniendo el foco de interés en analizar la percepción, la visión y el rol parental de las familias que reciben atención temprana, así como reflexionar sobre la construcción de significados desde sus experiencias subjetivas, identificando sus necesidades y expectativas, con el fin de determinar el estado actual de las prácticas profesionales implementadas y comprobar, así, el grado de discrepancia que existe entre la práctica recomendada centrada en la familia, basada en rutinas y entornos naturales, y la práctica habitual que reciben de los centros.

2. Método y experiencia

Este estudio pretendía contar con una muestra homogénea que permitiera valorar las diferencias entre aquellas familias que estaban llevando a cabo plenamente un enfoque centrado en la familia, las que se encontraban en un período de transición hacia el nuevo planteamiento y las que estaban en un modelo más clínico.

En este caso se han investigado, a través de entrevistas en profundidad, las necesidades de treinta familias pertenecientes a las diecisiete comunidades autónomas españolas.

2.1. Construcción y validación de las dimensiones de análisis

Para la identificación y validación de las dimensiones de análisis, se contó con la colaboración de un grupo de expertos en atención temprana (AT), quienes desempeñaron un papel cru-

cial en el proceso de validación de los códigos extraídos del análisis de los discursos de las familias. A los expertos se les solicitó clasificar las palabras clave seleccionadas de los discursos dentro de las cinco categorías propuestas, con el objetivo de confirmar la exactitud y pertinencia de los códigos identificados durante la fase de análisis de las entrevistas.

El análisis de los discursos se llevó a cabo utilizando el *software* Atlas.ti, una herramienta especializada en el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales, lo que permitió una organización y codificación precisa de la información. Para asegurar la fiabilidad de los resultados obtenidos, se calculó el índice de Kappa, el cual arrojó un valor de 0,83, lo que indica una muy buena concordancia entre las respuestas de los expertos y demuestra la relevancia y validez del proceso de análisis. Este alto índice de concordancia respalda la consistencia de los códigos identificados y la pertinencia de las categorías propuestas.

2.1.1. Códigos asociados a las diferentes dimensiones

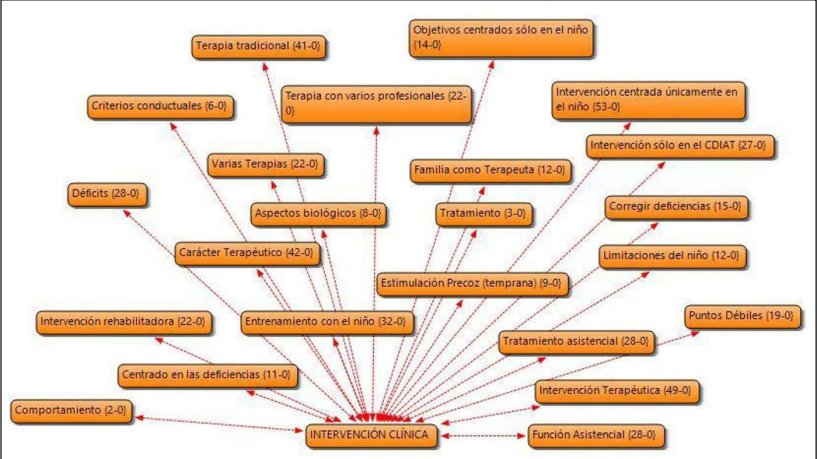
Estas dimensiones se clasifican en cinco categorías principales: intervención clínica, apoyos, rutinas, empoderamiento y calidad de vida. Las categorías han sido fundamentales para estructurar el análisis de los discursos de las treinta familias entrevistadas, permitiendo una clasificación detallada y un examen exhaustivo de los diferentes argumentos que emergieron durante las entrevistas. Cada dimensión agrupa códigos específicos que reflejan distintos aspectos de la experiencia vivida por las familias, brindando una visión integral sobre cómo cada factor influye en su realidad cotidiana.

La complejidad del análisis permitió identificar la frecuencia con la que las familias hacen referencia a ciertos códigos dentro de cada dimensión, revelando patrones y tendencias clave en sus discursos. Este enfoque detallado no solo facilita la comprensión de las preocupaciones y necesidades de las familias, sino que también destaca las áreas más relevantes en las que se centran sus experiencias y expectativas respecto al proceso de intervención y el apoyo profesional recibido. La organización de los códigos dentro de estas dimensiones proporciona una estructura organizada y detallada que facilita la interpretación de los datos y la obtención de conclusiones significativas a partir de las entrevistas realizadas.

3. Resultados

A continuación, se presentan las representaciones gráficas de las redes o familias de códigos asociadas a cada dimensión de análisis, con el objetivo de facilitar una comprensión más detallada y visual de los datos obtenidos. Estas representaciones permiten explorar las interrelaciones y la dinámica subyacente entre los diferentes elementos que componen cada dimensión, brindando una perspectiva más clara de cómo los distintos factores se agrupan y se influyen mutuamente. El análisis de estas redes de códigos ofrece una herramienta valiosa para interpretar las respuestas de los participantes, permitiendo un análisis más profundo y contextualizado de los temas tratados en la investigación.

Figura 1. Códigos asociados a la dimensión intervención clínica

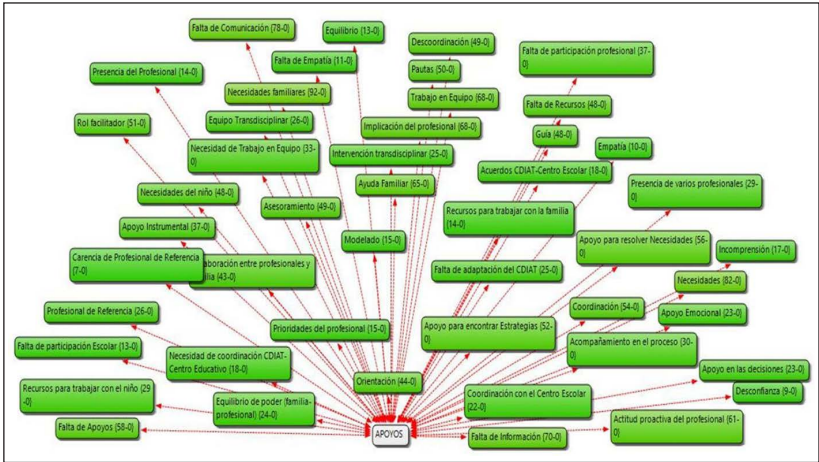


En el análisis de los discursos de las familias, se observa una tendencia predominante en la que muchas de ellas mencionan que la intervención recibida está centrada exclusivamente en el niño. El código intervención centrada únicamente en el niño (53) es uno de los que aparece con mayor frecuencia en las narrativas de los participantes, lo que refleja una clara percepción de que la atención está dirigida, fundamentalmente, al desarrollo del infante, sin considerar de manera integral el contexto familiar. Este enfoque puede generar, en ciertos casos, una sensación de distanciamiento entre los profesionales y la familia, ya

que se prioriza la atención al niño sin involucrar activamente a los padres o a otros miembros del núcleo familiar. Esta dinámica podría resultar en un mayor estrés para los progenitores, quienes se sienten excluidos del proceso y sin el control necesario sobre las decisiones que afectan directamente a su hijo. La falta de un enfoque más holístico que incluya tanto al niño como a su familia puede reducir las oportunidades de construir una colaboración efectiva entre los profesionales y los padres, limitando el impacto positivo que la intervención podría tener en el entorno familiar.

Además, esta modalidad de intervención tiende a provocar un vacío en el apoyo emocional y educativo a los cuidadores, quienes, al no estar completamente involucrados, refieren no sentirse capacitados para enfrentar de manera adecuada los desafíos que surgen en el día a día con su hijo o hija. Por lo tanto, el hecho de que muchas familias mencionen repetidamente que la intervención recibida por parte de los profesionales está centrada únicamente en el niño subraya la necesidad de reconsiderar este modelo y de enfocarlo hacia prácticas más inclusivas que reconozcan el valor de la participación activa de la familia en el proceso de intervención.

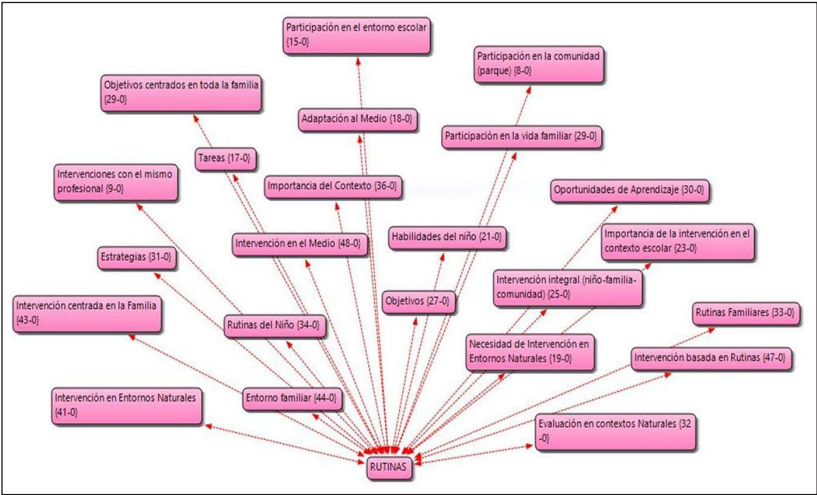
Figura 2. Códigos asociados a la dimensión apoyos



Cuando se hace referencia a la dimensión de apoyos, los códigos falta de comunicación (78), falta de información (70) o

necesidades familiares (92) son algunos de más referidos. Estos datos evidencian que aún existen desafíos para la plena implementación del enfoque de intervención centrado en la familia, como se observa en algunos de los casos analizados.

Figura 3. Códigos asociados a la dimensión rutinas

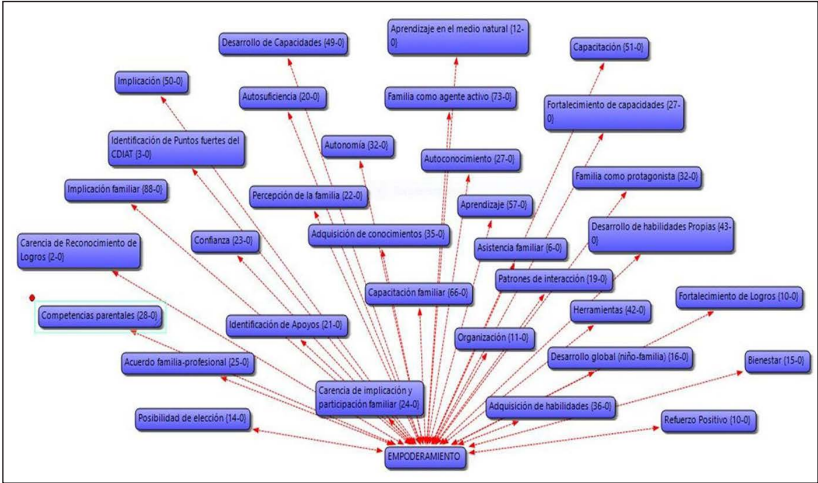


Tal y como ha quedado referido, uno de los aspectos fundamentales de las prácticas centradas en la familia (PCF) es la incorporación de la intervención en las rutinas diarias del hogar y otros entornos naturales, lo que facilita la generalización de aprendizajes y asegura que el apoyo no se limite a sesiones aisladas en los centros de atención temprana. En este sentido, dentro de la categoría rutinas emergen conceptos clave que evidencian la diferencia entre ambos enfoques, tales como la intervención basada en rutinas (47), la intervención centrada en la familia (43) y el entorno familiar (44). Estos datos reflejan la importancia de que la intervención se integre en las actividades diarias, permitiendo a las familias aplicar estrategias en situaciones reales, en lugar de depender exclusivamente de sesiones dirigidas por especialistas.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento teórico de este modelo, los datos también muestran barreras en su implementación efectiva. La falta de comunicación (78), la falta de información (70) y las necesidades familiares no cubiertas (92) indican

que persisten prácticas con un enfoque más clínico, donde las familias pueden sentirse desvinculadas del proceso de intervención o percibir que su rol es secundario frente al de los profesionales. Esto sugiere la necesidad de reforzar el acompañamiento a las familias, garantizar que reciban información clara y accesible sobre su papel en la intervención y diseñar estrategias que favorezcan su participación activa en el desarrollo del niño o la niña.

Figura 4. Códigos asociados a la dimensión empoderamiento



Respecto a la dimensión de empoderamiento, hay que hacer notar que en el análisis de las necesidades de las 30 familias investigadas, el código implicación familiar (88) es el más referido en los corpus de texto, lo que deja claro que las familias necesitan formar parte de la intervención, ya que, tal y como refleja la intervención actual en atención temprana, si no hay implicación de los progenitores en los procesos de intervención, estas tienden a fracasar o a disminuir los avances de aprendizaje del niño. El empoderamiento familiar es un pilar fundamental en la implementación de las prácticas centradas en la familia (PCF), ya que reconoce el papel activo de los cuidadores principales en el desarrollo infantil y en la consolidación de los aprendizajes adquiridos. A diferencia del enfoque clínico tradicional, en el que los profesionales lideran la intervención de manera directa con el niño o la niña, las PCF enfatizan la necesidad de que las fami-

lias no solo participen, sino que asuman un rol protagonista en el proceso.

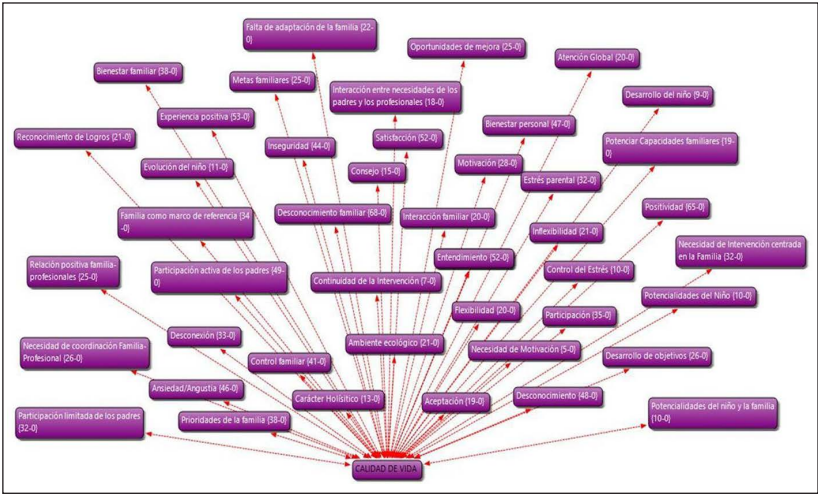
Los datos obtenidos en el estudio refuerzan esta idea. En el análisis de las necesidades de las 30 familias investigadas, el código implicación familiar (88) es el más recurrente dentro del corpus de datos, lo que evidencia una demanda clara por parte de las familias, en tanto que demandan formar parte activa de la intervención. Esto sugiere que, cuando los cuidadores no están suficientemente involucrados en el proceso, la intervención desarrollada con el infante pierde efectividad, se reducen los avances en el aprendizaje y se corre el riesgo de que las estrategias implementadas no se mantengan a largo plazo.

El modelo clínico, al basarse en sesiones puntuales dirigidas exclusivamente por profesionales, puede generar una dependencia excesiva de las familias hacia estos especialistas, limitando su autonomía y su capacidad de aplicar estrategias en la vida diaria. En contraste, el enfoque basado en el empoderamiento familiar busca capacitar a los cuidadores para que se conviertan en agentes activos en la intervención, promoviendo su seguridad y confianza para la toma de decisiones y se sientan capacitados para aplicar técnicas dentro de los entornos naturales del niño.

Sin embargo, para que este cambio de enfoque sea efectivo, es necesario garantizar que las familias dispongan de los conocimientos, recursos y apoyo necesarios para asumir este rol. La formación, el acceso a información clara y comprensible y la creación de espacios de colaboración entre profesionales y familias son claves para consolidar este modelo de trabajo. Los equipos de atención temprana deben desempeñar un papel facilitador, proporcionando orientación, estrategias y refuerzo positivo a las familias, en lugar de posicionarse únicamente como expertos que dictan las intervenciones.

La red relacional de todos los códigos vinculados a la dimensión de calidad de vida refleja que aquellas familias que no reciben una práctica centrada en la familia suelen verse afectadas negativamente, ya que se pierde la oportunidad de crear un entorno de apoyo y colaboración que favorezca el desarrollo y bienestar de todos los miembros de la familia. En estos casos, los cuidadores principales manifiestan una sensación de desconexión y falta de participación activa en el proceso de intervención y, como consecuencia, los progenitores suelen sentirse ex-

Figura 5. Códigos asociados a la dimensión calidad de vida



cluidos o incapaces de influir directamente en el desarrollo de su hijo, lo cual impacta negativamente en su bienestar emocional y en la cohesión familiar.

Por su parte, aquellas prácticas que están centradas en la familia favorecen el bienestar de los progenitores, puesto que se les incluye activamente en el proceso de intervención. Esto no solo mejora la participación de los cuidadores principales, sino que también fortalece los lazos familiares y proporciona una sensación de control y empoderamiento en el manejo de la situación que repercute positivamente en el ambiente familiar. En los datos obtenidos en la investigación destacan los códigos de experiencia positiva (53) y participación activa de los padres (49) como reflejo de elementos que las personas entrevistadas refieren como aspectos claves para una mejor calidad de vida familiar. Las familias que reciben este tipo de apoyo, al sentirse acompañadas y empoderadas, refieren experimentar menos estrés y mayor bienestar, lo que favorece tanto su desarrollo como el de su hijo o hija.

4. Discusión

Entre los resultados obtenidos se extraen las siguientes aportaciones de los corpus de textos analizados. En relación con la idea

de analizar la percepción y la construcción de significados subjetivos de las familias, aquellas que están recibiendo una intervención más clínica, centrada únicamente en el niño, manifiestan en sus discursos que tienen una concepción de la atención temprana con un carácter más rehabilitador y asistencial, en la que el niño es visto como un paciente. Los progenitores dejan que los profesionales, entendidos como expertos, decidan sobre las actuaciones y necesidades de su hijo o hija. En este sentido, la relación entre la familia y el profesional es distante, y la comunicación entre ellos es escasa o nula. Los progenitores sienten que no aprenden estrategias para interactuar con sus hijos.

En cambio, aquellos que reciben intervención centrada en la familia entienden la atención temprana como una disciplina que promueve actuaciones globales dirigidas al infante, al conjunto de la familia y a los entornos donde se desarrollan. Por su parte, las intervenciones que reciben son individualizadas, centradas en sus necesidades y donde los progenitores adquieren un papel principal. En sus discursos hablan de crecimiento personal, de seguridad y de adquisición de aprendizajes para gestionar su nueva realidad familiar.

Todos coinciden en la necesidad de una intervención precoz para detectar las necesidades de la familia y potenciar las posibilidades de desarrollo y aprendizaje de su hijo o hija.

Con relación a la visión de los progenitores sobre las prácticas profesionales implementadas en su caso, existe una tendencia mayoritaria, por parte de las familias que no reciben intervención centrada en la familia, a expresar una falta de información por parte de los equipos profesionales que intervienen en los centros de AT y reclaman la participación de la familia, lo que demuestra la escasa implicación de los cuidadores principales en el proceso de trabajo con su hijo o hija. Demandan herramientas para poner en marcha mecanismos de actuación para ayudar a sus hijos, ya que muestran inseguridad para determinar cuáles son sus necesidades. Todo esto se refleja en altos niveles de ansiedad, las familias no se sienten comprendidas ni escuchadas. Por su parte, las intervenciones en las que se focaliza la atención en la familia se demuestra una relación entre los progenitores y el profesional de referencia basada en la corresponsabilidad, lo que favorece un sentimiento de seguridad donde los cuidadores principales desarrollan estrategias para fomentar

su autonomía en los entornos de desarrollo habitual del niño y en sus rutinas diarias.

Con respecto a las aportaciones generales, existe una tendencia mayoritaria a reclamar una participación activa de los centros educativos en la intervención. Las familias reclaman que haya una buena coordinación entre el centro de AT y el centro escolar, solicitando, además, en este contexto, un trabajo sistematizado de equipo en el que participen los cuidadores principales y los profesionales de ambos recursos.

En cuanto al nivel de satisfacción, empoderamiento y calidad de vida, las familias en las que la intervención está focalizada en el niño expresan mayores situaciones estresantes vividas, ya que disponen de menos estrategias para afrontar su realidad, los progenitores se muestran más desorientados y con mayor desgaste emocional, puesto que no han adquirido los conocimientos y las habilidades necesarias para desarrollar una vida familiar normalizada, refiriendo no haber conseguido un equilibrio ni una calidad de vida plena a nivel familiar.

En cambio, las familias involucradas en la intervención, orientadas hacia una práctica profesional centrada en la familia, disponen de patrones de interacción activos, destacando el manejo adecuado de las emociones y su bienestar psicológico, ya que cuentan con las estrategias necesarias para saber cómo intervenir. Es decir, aquellos cuidadores que cuentan con una práctica profesional centrada en la familia se muestran más empoderados y autónomos, ya que disponen de herramientas y se sienten capaces de tomar las decisiones adecuadas en cada situación. En sus discursos reflejan sentirse muy satisfechos y consideran que tienen el control sobre la situación, lo cual ha repercutido positivamente en su bienestar y en su calidad de vida familiar.

Por su parte, todas argumentan que las intervenciones fracasan si no hay implicación de los progenitores en los procesos de intervención. En este sentido, coinciden en referir que la calidad de vida de las familias mejora significativamente cuando se les ofrece un enfoque centrado en la familia, ya que la participación activa de los progenitores refleja una experiencia más positiva y permite crear un entorno más sano y equilibrado a nivel emocional, lo que beneficia tanto a los progenitores como a los niños en su desarrollo integral y, por ende, repercute positivamente en la calidad de vida familiar.

5. Conclusiones

En conclusión, los resultados obtenidos subrayan la importancia de continuar impulsando un cambio de paradigma que otorgue un mayor protagonismo a la familia en el proceso de intervención. Es fundamental que los profesionales desempeñen un papel activo en el fortalecimiento y enriquecimiento del núcleo familiar y fomenten una interacción positiva entre los padres y el niño. Asimismo, se deben implementar estrategias de planificación que no solo se enfoquen en las necesidades del infante, sino que integren a toda la familia, con el objetivo de generar entornos competentes y de calidad. Esto implica un sistema de intervención integral cuyo fin principal sea capacitar y empoderar a las familias mediante el uso de herramientas y enfoques adecuados, garantizando así una mejora sustancial en su calidad de vida.

El hallazgo clave de este estudio es que, independientemente del contexto específico o del tipo de intervención que recibieran las familias, todas coincidían en la necesidad de una atención que considere sus requerimientos, que se realice en sus entornos naturales y que, además, las empodere positivamente para afrontar los desafíos derivados de esta nueva realidad. Esta perspectiva apunta hacia el desarrollo de una calidad de vida familiar adecuada y sostenible.

Por tanto, se concluye que incluso aquellas familias que no han experimentado una intervención centrada en la familia expresan la necesidad de contar con este tipo de enfoque, reconociendo su impacto positivo y significativo en la mejora de su calidad de vida. Así pues, cabe referir que la transición hacia modelos de intervención profesional centrados en la familia en los centros de atención temprana debe ser abordada con un compromiso firme por parte de los profesionales. Este cambio requiere la promoción de enfoques colaborativos que prioricen la capacitación y el empoderamiento de las familias. Solo de este modo se logrará una intervención más efectiva, ajustada a las necesidades reales del contexto, donde se favorezca el empoderamiento familiar y dé como resultado un impacto positivo en el desarrollo del infante y en la calidad de vida de toda la familia.

6. Referencias

- Dunst, C. J. (2016). Role of research syntheses for identifying evidence-based early childhood intervention practices. En B. Reichow, B. A. Boyd, E. E. Barton y S. L. Odoms (eds.), *Handbook of early childhood special education* (pp. 541-563). Springer International.
- Dunst, C. J. (2019). Orientaciones y consideraciones futuras en la continua evolución de la Atención Temprana en la infancia. En C. T. Escorcía y L. Rodríguez (eds.), *Prácticas de At centradas en la familia y en entornos naturales* (pp. 433-458). UNED.
- Escorcía, C. (2019). Evolución, bases conceptuales y presente de la atención temprana. En C. T. Escorcía y L. Rodríguez (eds.), *Prácticas de Atención Temprana centradas en la familia y en entornos naturales* (pp. 3-32). UNED.
- Escorcía, C. T., Cañadas, M., Martínez-Rico, G. y García-Grau, P. (2021). Fases y pasos en la implementación de prácticas recomendadas en atención temprana. *Siglo Cero*, 52(3), 37-57. <https://doi.org/10.14201/scero20215233757>
- Escorcía, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Orcajada-Sánchez, N. y Hernández-Pérez, E. (2018). Early Childhood Intervention practices in the southeast of Spain: professionals and families perspective. *Anales de Psicología*, 34(3), 500-509. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.311221>
- García-Grau, P., Martínez-Rico, G., McWilliam, R. A. y Cañadas, M. (2020). Typical and ideal practices in early intervention in Spain during a transformation process of professional practices. *Journal of Early Intervention*, 42(1), 3-19. <https://doi.org/10.1177/1053815119859046>

Problemas en el campo de la clínica psicomotriz infantil desde la perspectiva de la determinación social del desarrollo

LUCÍA DE PENA

MARIANA DIEZ

Universidad de la República

1. Introducción

En este artículo nos proponemos poner en consideración los fundamentos teóricos para la intervención clínica en psicomotricidad a partir de la identificación de las nociones centrales que nos orientan para la comprensión de lo que, en términos generales, damos en llamar problemáticas en el campo del desarrollo psicomotor. Para ello, nos posicionamos desde una perspectiva crítica de la noción de desarrollo que enfatiza la determinación social y, más específicamente, la incidencia de la tríada de la inequidad social en su devenir en el campo de la primera infancia.

La intervención clínica en psicomotricidad supone, como toda intervención clínica, la definición de un campo de problemas y de un conjunto de estrategias para su transformación. Se requiere, por tanto, poner en discusión los diferentes marcos posibles de lectura del problema, con la intención de correr el velo que torna opaco el objeto de la intervención. ¿Qué intervención?, ¿para qué problema? Problemas del desarrollo psicomotor parecería ser una respuesta tranquilizadora. No obstante, la noción de desarrollo psicomotor, tan instalada en los discursos cotidianos de psicomotricistas y de otros profesionales del cam-

po de la salud y de la educación, no parece interpelarnos lo suficiente respecto al fundamento de ese proceso que valoramos como problemático.

Las perspectivas que, por definición, están integradas en el objeto de estudio de la psicomotricidad –la psíquica y la motora– corren el riesgo de perfilarse como dimensiones que, en el mejor de los casos, son codependientes o, en el peor, son objeto de análisis paralelo a partir de la pregnancia del dualismo mente-cuerpo que se logra trascender parcialmente en el plano discursivo, pero no en el práctico. El abordaje de los problemas del desarrollo infantil desde diferentes disciplinas tensiona estas perspectivas y desdibuja aún más el problema de intervención. Esto se debe, entre otras cuestiones, a la incompatibilidad que muchas veces subyace a los diferentes posicionamientos disciplinares que convergen en la intervención y que rara vez son objeto de discusión. Estas intervenciones parecen partir de un supuesto implícito por el cual solo hay un modo de entender el anudamiento de las dimensiones de lo motor, del lenguaje, de lo psíquico afectivo y cognitivo.

Sin embargo, los clásicos referenciales teóricos de la psicomotricidad rioplatense, con fuerte influencia francesa –la neurofisiología, la psicología genética y el psicoanálisis– entran en diálogos más recientes, a partir de demandas del campo social, con referenciales de la medicina social latinoamericana, la epidemiología crítica y del paradigma de derechos humanos. El cuerpo, en su dimensión tónico-pósturo-motriz, comienza a leerse en clave sociopolítica y a exigir una comprensión dialéctica entre lo universal y lo singular (de Pena, 2023). El desafío de pensar los problemas situados incorpora algunas discusiones en torno al fundamento de estos problemas, a la legitimidad de las respuestas y a la vigencia de algunas perspectivas que, a pesar de mostrar sus limitaciones, continúan hegemonizando la clínica psicomotriz.

2. Aportes de la perspectiva de la determinación social del desarrollo para la clínica psicomotriz

Los problemas del desarrollo psicomotor se inscriben en términos más amplios en los problemas del desarrollo humano. La

clínica psicomotriz supone una forma de respuesta disciplinar-profesional a problemas que se expresan en la dimensión tónico-pósturo-motriz. La estructura psicomotriz resulta de la síntesis compleja entre la dimensión del órgano, la función y el funcionamiento (Bergès, 1988). En otros términos, los aspectos implicados remiten, por un lado, a la estructura neurobiológica de base (del orden de lo heredado) y, por otro, a la organización de estas estructuras posibilitando, maduración mediante, el despliegue funcional y la cualidad relacional de la conducta, es decir, el hacer significativo. En este proceso de construcción, las experiencias con otras personas, incluidos los discursos que se producen con relación al cuerpo (verbales y no verbales), juegan un papel importante (de Pena y Díez, 2021).

La comprensión de los problemas del desarrollo infantil, en general y la de los problemas del desarrollo psicomotor, en particular, requiere poner en conversación dinanismos orgánicos, psíquicos y sociales, en tanto que en su origen se articulan aspectos individuales, familiares y sociales. No obstante, el análisis social, lejos de integrarse en la discusión a partir de los procesos de determinación estructural, suele reducirse a ciertos indicadores de caracterización de la familia como clase social, acceso al empleo formal y acceso a la vivienda.

En esta línea, pensar los procesos de determinación social del desarrollo requiere colocar en el centro de la discusión una definición de desarrollo que incorpore los clásicos componentes orgánicos y medioambientales y que avance, a partir de allí, en leer lo medioambiental desde una perspectiva compleja que no lo reduzca, únicamente, a la estimulación que ofrece quien ejerce los cuidados y a la responsabilidad familiar de que esos estímulos sean los necesarios para el despliegue del desarrollo. En este sentido, Urbano y Yuni (2014) señalan que:

El proceso de constitución y reconfiguración de la subjetividad, la identidad, las capacidades y funciones psíquicas, y el sentido existencial del sujeto, a partir de la dinámica interactiva de despliegue/repliegue de las potencialidades y limitaciones emocionales, afectivas, cognitivas y sociales que reconocen como punto de origen la concepción y como punto de cierre la muerte biológica. La dinámica de despliegue/repliegue de esas potencialidades/limitaciones -posible por la integración que genera la actividad mental del suje-

to- requiere de la interacción dialéctica entre el potencial biológico, los recursos psicológicos, cognitivos, emocionales y afectivos del sujeto, y la concurrencia de los recursos socio-culturales que ofrece su entorno. (p. 32)

Por tanto, estudiar el impacto de los determinantes sociales, económicos y culturales en el desarrollo infantil requiere incorporar lecturas estructurales que permitan analizar los modos en los que la tríada de la inequidad social –clase social, género y raza-etnia– (Blanco et al., 1991) delinea lugares materiales y simbólicos para personas y colectivos. Así, el desarrollo entendido en términos complejos nos exige articular respuestas también complejas.

Clásicamente, los problemas del desarrollo infantil han sido abordados en la clínica a partir de una comprensión individual-familiar de los dinamismos en juego. Más recientemente, desde la consolidación del paradigma de los derechos de infancia (Organización de las Naciones Unidas, 1989) y de estudios que muestran el claro impacto de los determinantes sociales, económicos y culturales y las políticas respectivas en el desarrollo infantil (Likhar et al., 2022; Lipina, 2021; Herrera-Mora et al., 2019; De Armas, 2017), el diálogo entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales se profundiza con aportes contundentes para la producción de políticas públicas intersectoriales para el campo de la infancia en clave de derechos humanos. Es así que, las lógicas binarias –problema individual/problema social, dispositivo clínico/política pública– que han matizado la forma dominante de entender los problemas del desarrollo comienzan a diluirse para ceder paso a lógicas complejas.

Lejos de pretender debilitar la potencia de la intervención clínica individual-familiar como una estrategia operativa para generar nuevas posibilidades en la producción psicomotriz, nuestro interés radica en el reconocimiento de la coexistencia de las determinaciones individuales, familiares y sociales; la diferencia se encuentra en el énfasis que damos a esas determinaciones para fundamentar nuestra intervención. El mayor riesgo que identificamos se vincula a propender a lecturas individuales de los problemas estructurales y, por tanto, a las perspectivas que no reconozcan las limitaciones de la intervención individual-familiar en contextos de desigualdad social.

En este sentido, sin desconocer la determinación estructural del desarrollo infantil, nos proponemos poner en discusión los referenciales teóricos que sostienen concretamente las intervenciones psicomotrices clínicas individuales. La psicomotricidad clínica uruguaya es clara heredera de la psicomotricidad francesa, donde la neurofisiología, el psicoanálisis, la psicología genética y la psiquiatría dinámica ocupan un lugar destacado en su marco conceptual. Es así que la clínica psicomotriz tiene un carácter complejo, dinámico y situado que remite a determinadas categorías diagnósticas que nombran lo que definen como problema de un modo particular, intencional y performativo. Sin embargo, asistimos en la actualidad a una evidente expansión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) como marco conceptual que ofrece las coordenadas desde las cuales avanzar en definiciones diagnósticas, a pesar de que en los equipos de trabajo eludimos las discusiones epistemológicas respecto a lo que ello supone.

Ignorar algo significa negar su importancia o su misma existencia; también significa pasarlo por alto. En cambio, ser ignorante de algo implica no estar consciente de su presencia patente, o incluso posible, o de su sentido en el universo. La diferencia entre el acto de ignorar y el estado de ignorancia conlleva la distinción moral entre el estado de responsabilidad y el estado de inocencia. Ignorar algo de lo que en realidad somos conscientes implica tratar de volver a esa dicha que la ignorancia «original» alguna vez nos dio. (Salecl, 2022, p. 19)

En palabras de Salecl, ¿responsabilidad o inocencia? ¿Cómo descifrar los posicionamientos teóricos que traducen «eso» que nombramos como problema? ¿Partimos de una aceptación tácita de que un marco teórico referencial nos orienta en los equipos de intervención?, ¿cuál es? ¿Asumimos un marco referencial para el diagnóstico y otro para el abordaje terapéutico? ¿Cómo tramitamos esas diferencias teóricas? A partir de estas interrogantes, en el próximo apartado discutimos la noción misma de «problema» y sus condiciones de producción.

3. De la vaguedad de la noción de entorno a la determinación social del desarrollo como posicionamiento teórico-metodológico

La identificación del desarrollo psicomotor como problema de intervención supone una operación de recorte disciplinar del vasto campo de los problemas de lo humano, recorte que opera como «cerco de sentido» (Fernández, 2007), limitando sus posibilidades de elucidación.

Podría pensarse que la red simbólico-institucional que delimita lo pertinente a ese ámbito crea o no condiciones de posibilidad para determinado cerco de sentido. Sitúa y sitúa -hace sitio- a un sentido y no a otro. Hace sitio, hace lugar y pone sitio, establece. Establece cerco de sentido. (Fernández, 2007, p. 174)

La metáfora del cerco nos remite a dos dimensiones: los elementos con los que se construye el cerco y el espacio que, efectivamente, queda cercado.

¿Cuáles son los elementos de los que nos valemos para construir el cerco? Para el caso concreto de la psicomotricidad clínica, nos encontramos hoy con un dilema que, entendemos, debe ser claramente enunciado: adoptar el marco referencial para pensar los problemas del desarrollo infantil que proviene de la psiquiatría estadounidense dominante implica, necesariamente, asumir la desvinculación con el marco teórico del psicoanálisis que nos dio origen. Eso, en sí mismo, no constituye un problema en tanto sea parte del proceso socio-histórico inherente a toda producción disciplinar situada. El problema es pretender que abandonar ese referencial no requiere reconstruirnos desde otros, y que alcanzaría con abandonar toda pretensión explicativa y etiológica de los problemas del desarrollo infantil desde una declarada neutralidad teórica a partir de un enfoque puramente descriptivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

¿Cuáles son, entonces, los elementos con los que delimitamos nuestro campo de problemas? El reconocimiento explícito de que la intención diagnóstica es describir y no explicar ¿supone que ya no hay coordenadas teóricas? Por supuesto que las hay, pero veladas, es decir, el cerco es más férreo que nunca, tan

férreo que el territorio cercado es cada vez menos fértil y más acrítico. Cercar los ámbitos de intervención es el modo de hacer el campo plausible de ser pensado, no se trata de ignorar las derivas del cerco, por el contrario, se trata de explicitarlas desde un lugar «necesariamente incómodo, desdisciplinario, que se construye y reconstruye permanentemente, que se despliega en los límites mismos de lo que se ignora» (Fernández, 2007, p. 31).

La psicomotricidad tiene la particularidad de ser una disciplina de frontera que se ubica en la intersección de diversos campos del saber. El recorrido de discriminación y de construcción de un corpus conceptual propio ha sido, y es, intenso. Desde sus orígenes en Europa, se ha inscripto en el campo de la medicina, asociada en este primer tiempo, exclusivamente, a la infancia, a la patología del movimiento desde una perspectiva orgánica y a la implementación de prácticas reeducativas directivas basadas en la ejercitación protocolizada con el objetivo de restituir funciones que se asumen comprometidas. La idea de una normalidad, evidenciada en adquisiciones motrices concretas, aisladas de otras dimensiones del desarrollo de la persona, por ejemplo, de la dimensión social o afectiva, regía las prácticas disciplinares en las primeras épocas. Aún hoy, se observa la convivencia de prácticas que le otorgan un peso desigual, en uno u otro sentido, a las diferentes líneas del desarrollo. La diversidad de términos a partir de los cuales se nombra el objeto de intervención en clínica psicomotriz –trastorno, alteración, síntoma, problema, dificultad– testimonia la coexistencia de diferentes perspectivas teóricas respecto de la concepción del desarrollo, sus dificultades y, en consecuencia, de las intervenciones que se consideran pertinentes.

En este sentido, la intervención en los problemas del desarrollo psicomotriz infantil remite a una operación disciplinar de objetivación de un saber particular en torno a lo humano, con referencias directas a los aspectos estructurales del desarrollo que sostienen la dimensión tónico-pósturo-motriz como soporte del hacer significativo. Pensar la dimensión psico de lo psicomotor en clave psicoanalítica y de psicología genética ha sido, por lo pronto, en la psicomotricidad rioplatense, en general, y en la uruguaya, en particular, una constante.

Nociones clave como proceso de construcción del cuerpo, órgano-función-funcionamiento, síntoma psicomotor, posición

del cuerpo, producciones del cuerpo, deseo, transferencia, funciones psicológicas superiores, praxias, esquema corporal, imagen del cuerpo, expresividad motriz (Aucouturier y Mendel, 2004; Bergès, 1982, 1991; De Ajuriaguerra, 1993; Dolto, 1984) materializan un corpus teórico disciplinar que aporta un sentido cohesivo para la comprensión de los problemas que allí se suscitan y orientan la intervención.

Efectivamente, el problema construido a partir de este corpus teórico delimita un espacio particular que cerca el objeto de estudio que da sentido a la disciplina. La psicomotricidad se ocupa del cuerpo y considera para su estudio la particular integración de la dimensión biológica y la dimensión psíquica en el contexto de las relaciones interpersonales. De acuerdo con planteos de Wallon (1975) y de De Ajuriaguerra (1986), el tono muscular cumple una función muy relevante en la construcción del cuerpo como precursor de la vida psíquica –afectiva y cognitiva–. Este proceso de construcción requiere de un entorno social que se encuentre en condiciones de –y esté dispuesto a– asumir la función de cuidado, a satisfacer las necesidades del bebé, que en un primer momento son apremiantes (Bergès, 1996).

El interés se orienta al hacer con el cuerpo como posibilidad, a partir de la integración de las dimensiones orgánica y psíquica. El hacer significativo, dirigido a otras personas (es decir, no es cualquier clase de movimiento, es el movimiento del sujeto, la praxis), el hacer como proyección del cuerpo y de las dimensiones tónico-pósturo-motriz como instrumento de acción, de adaptación y de intercambio con el entorno. En definitiva, el hacer entendido como construcción potencial a partir de una actividad refleja inicial que, mediada por el mundo simbólico, posibilita, a partir de los procesos de integración de la dimensión orgánica y de la dimensión psíquica, la construcción del complejo repertorio de los movimientos voluntarios que permiten la resolución de las actividades propias del ser humano.

4. Consideraciones finales

Pensar los problemas en el campo de la clínica psicomotriz infantil desde la perspectiva de la determinación social del desarrollo requiere, en primera instancia, recobrar el valor de la vida

cotidiana para la generación de las condiciones materiales y simbólicas de bienestar.

La profundización del diálogo entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud posibilita la incorporación de lecturas comprensivas del mundo adulto como soporte de las infancias, lo que, lejos de agotar la noción de medio-ambiente en la de entorno –clásicamente, la familia, con el consiguiente reforzamiento de la responsabilidad individual-familiar en la generación de las condiciones para el desarrollo «saludable»–, interpela el impacto de los determinantes sociales, económicos y culturales en el desarrollo infantil.

Una de las derivaciones más directas que esto tiene es el reconocimiento del agotamiento, en mayor o menor medida, de los dispositivos individuales para dar respuesta a los problemas estructurales enmarcados en lecturas sanitarias de los problemas sociales. De hecho, la incongruencia epistemológica derivada de esta falta de reconocimiento vuelve a colocar en el centro la pregunta inicial, ¿qué respuestas para qué problemas?

Recuperar perspectivas críticas que pongan en conversación los referenciales epistemológicos y teóricos para elucidar las posiciones desde las que delimitan, formulan e intervienen los problemas del desarrollo infantil es condición para, efectivamente, pensar políticas de infancia con carácter interdisciplinario e intersectorial que permitan redefinir la pertinencia y el alcance de los dispositivos terapéuticos individuales. Lejos de deslizarnos en el final hacia el binarismo individual-social o abordaje individual-política pública, la intención es desarrollar prácticas profesionales éticas que reconozcan los límites estructurales que obstaculizan el desarrollo infantil, que reformulen sus desafíos y que articulen, junto a otros actores sociales, demandas de transformación de las cotidianidades de las infancias.

5. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Editorial médica panamericana.
- Aucouturier, B. y Mendel, G. (2004). *¿Por qué los niños y las niñas se mueven tanto? el lugar de la acción en el desarrollo psicomotor y la maduración psicológica de la infancia*. Graó.

- Bergès, J. (1982). Diagnóstico y terapia psicomotriz. En F. Alonso (comp.) *Cuerpo y comunicación*. Pirámide.
- Bergès, J. (1988). El tono y la motricidad en el examen del niño. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Solulè, (ed.), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 139-162). Biblioteca Nueva.
- Bergès, J. (1991). *El cuerpo de la neurofisiología al psicoanálisis*. Conferencia dictada el 24 de octubre de 1988. Autorizada a publicar por la A. A. P. y Centro L. Coriat. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial.
- Bergès, J. (3 de febrero de 1996). *Las terapias psicomotrices y las psicoterapias (de mediación) corporal*. Conferencia dictada en Ginebra.
- Blanco, R., Portillo, J. y San Martín, H. (1991). *Teoría social de la salud y epidemiología científica*. Universidad de la República.
- De Ajuriaguerra, J. (1986). Organización neuropsicológica de las funciones: de los movimientos espontáneos al diálogo tónico postural y a las formas precoces de comunicación. Psicomotricidad. *Psicomotricidad*, 23. 17-34.
- De Ajuriaguerra, J. (1993). *Manual de psiquiatría infantil*. Toray Masson.
- De Armas, G. (2017). *Poner fin a la pobreza infantil en Uruguay: un objetivo posible para la política pública*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.
- de Pena, L. (2023). La Psicomotricidad como campo de intervención ético-político: de las lecturas sanitaristas del proceso salud-enfermedad-cuidado a la Psicomotricidad social. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 18(1), e2023v18n1a2. <https://doi.org/10.33517/rue2023v18n1a2>
- de Pena, L. y Diez, M. (2021). El uso de los test como herramientas para la intervención psicomotriz: su valor en el análisis de la estructura psicomotriz. *Revista de Investigación en Logopedia* 11(1), e65506. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.65506>
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconciente del cuerpo*. Paidós.
- Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas*. Biblos.
- Herrera-Mora, D. B., Munar-Torres, Y. E., Molina-Achury, N. J. y Robayo-Torres, A. L. (2019). Desarrollo infantil y condición socioeconómica. Artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 145-152. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66645>
- Likhar, A., Baghel, P. y Patil, M. (2022). Early Childhood Development and Social Determinants. *Cureus*, 14(9), e29500. <https://doi.org/10.7759/cureus.29500>

- Lipina, S. (2021). *Pobre cerebro. Lo que la neurociencia nos propone pensar y hacer acerca de los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo*. Siglo XXI Editores.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Salecl, R. (2022). *Pasión por la ignorancia*. Godot.
- Urbano, C. y Yuni, J.A. (2016). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Brujas.
- Wallon, H. (1975). *Los orígenes del carácter en el niño*. Nueva Visión.

Bienestar socioemocional desde la perspectiva de niñas y niños a través de los dibujos infantiles en contexto de pandemia y confinamiento en Chile

MARCELA GARCÍA-HUIDOBRO

THIARE PADILLA

VERONIQUE NAVARRETE

Universidad Santo Tomás

1. Introducción

El desarrollo socioemocional es clave para la construcción de vínculos saludables y el bienestar en la infancia. Las niñas y los niños que logran regular de manera adecuada sus conductas socioemocionales son habitualmente considerados competentes y mejor preparados para lidiar con la realidad; por otro lado, las dificultades en la regulación emocional constituyen un factor de riesgo para distintos problemas a nivel de la salud mental (Olhaverby y Sieverson, 2022).

La regulación emocional se entiende como un proceso que implica iniciar, inhibir o modular aspectos del funcionamiento emocional, como sentimientos, cogniciones, procesos fisiológicos y comportamientos relacionados con la emoción, con el fin de adaptarse al contexto y/o promover el bienestar propio y social (Sánchez-Calleja et al., 2016; Ruíz et al., 2012; Sabatier et al., 2017; Siegler et al., 2014 en Ureña et al., 2024).

Para lograr la regulación socioemocional, las niñas y los niños requieren desarrollar las competencias socioemocionales, definidas por Bisquerra-Alzina y Pérez-Escoda (2007) como el

conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales.

La regulación emocional está asociada al bienestar socioemocional, el cual corresponde al conjunto de variables necesarias para tener un estado estable entre las emociones positivas y negativas que se experimenta en las interacciones cotidianas (Urbina 2021 en Aguilar et al., 2023).

López-Pereyra et al. (2021) presenta un modelo, adaptado de Buitrago et al. (2019), sobre el bienestar socioemocional compuesto por los niveles intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado general del ánimo. A nivel intrapersonal se encuentran las habilidades de asertividad, autoconocimiento, autorrealización e independencia. En el ámbito interpersonal, se considera la empatía, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social. La adaptabilidad incluye la solución de problemas y flexibilidad cognitiva. El manejo del estrés está compuesto por la tolerancia al estrés y el control de impulsos. Finalmente, el estado general del ánimo considera el optimismo y la felicidad. Estas dimensiones son interdependientes y en su conjunto permiten a niñas y niños gestionar su inteligencia socioemocional.

Niñas y niños ven afectado su bienestar socioemocional frente a situaciones de estrés o que les demanden una alta exigencia adaptativa. La pandemia impactó de manera relevante en la salud mental de niñas y niños, quienes manifestaron irritabilidad, sintomatología depresiva y ansiosa, tristeza excesiva y fobias, además de diversos miedos (Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020).

Es relevante comprender el bienestar socioemocional de niñas y niños en contexto de crisis desde sus experiencias subjetivas, donde se incluya su voz y se consideren válidas sus construcciones e interpretaciones del conocimiento y de sus experiencias (Esteban et al., 2021). Una forma de acceder al mundo interno de niñas y niños es a través de los dibujos, los cuales constituyen un espacio simbólico que posibilita la expresión de sus emociones y pensamientos con otras personas (Cyrulnik et al, 2012). Los dibujos pueden comprenderse analizando sus características gráficas, su estructura global, así como, también, el contenido simbólico de estos (Corman 2008).

Las investigaciones específicas en grafismo infantil y la pandemia por COVID-19 se centran en los elementos simbólicos del dibujo y en la expresión emocional, lo que permite mostrar la percepción de niñas y niños sobre el virus y la crisis sanitaria. En estas investigaciones, la mayoría de los dibujos representan al coronavirus con forma circular y rodeado con espinas que le dan la apariencia de corona. En el caso de niñas y niños de 5 y 6 años, sus dibujos incluyeron características antropomórficas, representando al virus con cara triste o dientes de tiburón y, en menor frecuencia, con caras sonrientes o ausencia de boca. En cambio, los dibujos de niñas y niños más grandes consideraron más detalles e, incluso, efectos tridimensionales (Martineire, et al., 2021). Estos resultados son congruentes con el estudio de Frómeta-Dominguez, et al. (2021) y Duran (2021), quienes pesquisaron elementos de animismo, como dibujar al coronavirus con una espada.

A través de los dibujos, se han podido explorar diversos sentimientos experimentados por las niñas y niños durante el confinamiento. Abdulah et al. (2021) encontraron un predominio de sentimientos de tristeza junto con reacciones de estrés, soledad y miedo al coronavirus. Por otra parte, Gorrotxategi, et al. (2020) destaca la capacidad de resiliencia de las niñas y los niños al identificar en sus dibujos elementos que dieron cuenta del optimismo representado en figuras como arcoíris, niños y niñas dentro de las casas y presencia de personal sanitario. Siguiendo en la misma línea, Moula, et al., (2021) encontraron indicadores de bienestar tales como vivencias de seguridad y relaciones sociales positivas.

El objetivo de este estudio fue comprender el bienestar socioemocional de niñas y niños de 6 a 10 años en contexto de confinamiento y pandemia a través de los dibujos infantiles. Se consideraron los dibujos como un medio para que las niñas y los niños pudieran expresar su bienestar socioemocional considerando las dimensiones propuestas por López-Pereyra et al. (2021) para este constructo. Se consideró la etapa escolar, ya que las niñas y los niños en este segmento se vieron altamente afectados con la detención de sus clases presenciales y con el consecuente aislamiento social que esta medida implicó.

2. Método

El presente estudio fue realizado desde una metodología cualitativa, la cual permitió conocer y comprender diferentes vivencias de las niñas y los niños asociadas a la pandemia y el confinamiento.

2.1. Diseño

Se utilizó un diseño de caso múltiple. Las familias fueron reclutadas a través de un muestreo por conveniencia, por medio de la estrategia de bola de nieve. La difusión se realizó a través de la publicación de un póster en redes sociales.

Debido al contexto de confinamiento, los dibujos fueron realizados por las niñas y los niños de forma telemática entre los meses de julio y septiembre de 2020 con la guía de las personas a cargo de sus cuidados, a quienes se les entregó un protocolo con los pasos a seguir. La actividad no tenía tiempo límite y se solicitó al adulto responsable que no hiciera comentarios durante la creación gráfica. Los dibujos fueron enviados digitalmente a las investigadoras.

2.2.1. Participantes

La muestra estuvo conformada por 18 participantes (10 niños y 8 niñas) entre las edades de 6 y 10 años. La totalidad de las niñas y niños vivían con al menos uno de sus padres y presentaron un nivel de escolaridad de enseñanza básica (1.º a 4.º básico) al momento de la investigación. Las familias provenían de diversos niveles socioeconómicos, y el promedio de personas viviendo en el hogar fue de cuatro.

El promedio de edad de los padres participantes fue de 34 años, la mayoría presentó una educación de nivel superior (90%), mientras que el resto reportó haber culminado su educación media y/o técnico superior (10%). Cabe señalar que el proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás. Los criterios de exclusión fueron la existencia de problemas a nivel del desarrollo cognitivo o motriz y encontrarse recibiendo atención psicológica o psiquiátrica al momento del estudio.

2.1.2. Instrumento

Se utilizó un método de producción de datos basado en el arte (Bagnoli, 2009), en particular, el dibujo temático (Rovetta, 2017). Al tratarse de una técnica poco estructurada y flexible, las niñas y los niños logran expresar sus vivencias frente a diversos fenómenos sociales con mayor facilidad. Se entregó la siguiente consigna a las y los participantes: «Dibújate a ti mismo y a tu familia durante el período de cuarentena por COVID-19».

2.1.3. Análisis

El análisis de los dibujos se realizó en base a los niveles de interpretación gráficos y simbólicos o de contenido de Louis Corman (2008), los cuales se asociaron a las cinco dimensiones del bienestar socioemocional de López-Pereyra et al. (2021).

3. Resultados

Se organizaron los indicadores gráficos y de contenido de los dibujos propuestos por Corman (2008) con las dimensiones del bienestar socioemocional de López-Pereyra et al. (2021) (figura 1).

En la dimensión **intrapersonal** se consideró la presencia de línea base, la cual se asocia a vivencias de seguridad (Barilari et al., 2000). Esta característica estuvo presente en 12 de los dibujos de esta investigación. Las otras seis gráficas no dieron cuenta de un piso claro, lo que permite suponer que las niñas y los niños presentaron vivencias de indefensión, posiblemente asociadas a la situación de estrés gatillado por la pandemia. En esta categoría se considera, además, la valorización de personajes, la cual se observa en el mayor tamaño o centralidad de una figura o en una presencia de detalles abundantes. Este indicador está asociado a la persona con la que la niña o el niño mantiene una relación significativa y/o se identifica con esta (Corman, 2008). Se observó en ocho figuras adultas y cuatro infantiles. Finalmente, en esta dimensión se incluye la incorporación de mascotas (cinco dibujos), las cuales, de acuerdo a Corman, (2008) permiten expresar con menos defensas las emociones.

Figura 1. Dibujo de una niña de 10 años.



Ejemplo de línea base, mascota y valorización de personajes.

Figura 2. Dibujo de una niña de 7 años.



Ejemplo de línea base, valorización de personajes.

La segunda dimensión, **interpersonal**, considera la jerarquía de los personajes. La identificación de personajes con más jerarquía y tamaño puede ser entendido como un factor protector, ya que refleja cómo niñas y niños lograron identificar a personas con más experiencia y competencias para brindarles cuidado, lo cual es crucial en su seguridad afectiva (Sieguel y Payne, 2020). Esta cualidad se presentó en 12 dibujos.

En la categoría interpersonal se incluye, además, la percepción del *clima familiar*. En diez dibujos se observó un clima familiar mixto donde las niñas y los niños fueron capaces de reconocer los recursos familiares sin dejar de subestimar las amenazas asociadas a la situación de pandemia y confinamiento. De la muestra total solo un dibujo presentó un predominio de clima familiar cálido, mientras que siete reflejaron un ambiente tenso. Los indicadores asociados a climas familiares cálidos se observaron en personajes que reflejaron emociones gratificantes como la alegría y mayor proximidad entre los integrantes de la familia (Sáinz, 2011), así como también presencia de colores cálidos (Moreno, 2019) y línea base (Cattaneo, 2020). Mientras que los climas familiares adversos se expresaron en emociones negativas y figuras amenazantes como troll, trazos puntiagudos y elementos bélicos (Sainz, 2011).

Figura 3. Dibujo de un niño de 7 años.



Ejemplo de jerarquía de personajes y clima familiar mixto.

Figura 4. Dibujo de un niño de 6 años.



Ejemplo de jerarquía de personajes y clima familiar tenso.

La dimensión **adaptabilidad** considera las acciones de autocuidado, que se expresaron en el uso de mascarillas y el distanciamiento social. Del total de dibujos, dos dieron cuenta del uso de mascarillas y otros dos presentaron el distanciamiento social graficando habitaciones separadas.

Conjuntamente, esta dimensión incluye estrategias defensivas como mecanismos adaptativos frente a la percepción de amenazas, los cuales estarían al servicio de una adaptación flexible frente al contexto (Cattaneo, 2020). Se observó un predominio del desplazamiento con 11 casos, las defensas maníacas en ocho y el aislamiento en cinco. El resto de las defensas pesquisadas se distribuye equitativamente con una frecuencia de dos.

El desplazamiento se observó en gráficas donde se adicionaron objetos y se decoran las figuras. En estos dibujos es posible ver cómo las características persecutorias adjudicadas al objeto externo amenazante son trasladadas a otros objetos que se convierten en el depósito de estas fantasías. Las defensas maníacas se apreciaron en dibujos con tamaños grandes, presencia de vivencias eufóricas, detalles excesivos, inclusión de globos, flores, adornos y expresiones alegres con grandes sonrisas, donde la alegría se expresa como una forma de protección contra vivencias complejas. En el caso del aislamiento, se observó en gráficas pobres y con límites muy definidos; esta defensa podría estar asociada a la angustia que generan las situaciones estresantes.

Figura 5. Dibujo de niña de 10 años.



Ejemplo de uso de mascarilla, defensas de idealización, manías y formación reactiva.

Figura 6. Dibujo de una niña de 6 años.



Ejemplo de uso de mascarillas, defensas maníacas, desplazamiento y aislamiento.

La cuarta dimensión, **manejo del estrés**, contiene los detalles internos y externos que ayudan a hacer visibles los espacios que tuvieron relevancia para las niñas y los niños en la pandemia y confinamiento. En ocho dibujos se observaron detalles del ambiente externo, considerando elementos de la naturaleza como árboles, pasto y animales. Otro grupo de niñas y niños (siete) prefirió representar elementos internos de la casa, tales como ventanas, puertas, escaleras, habitaciones, camas, mesas y sillas.

El manejo del estrés considera, además, la presencia de amenazas, que se refiere a aquellos elementos familiares o contextuales de los dibujos que pueden constituir un potencial daño para niñas y niños. En la literatura, estos elementos se han asociado a símbolos e interacciones violentas entre los personajes (Pont, 2014), angustia graficada en nubes (Querol y Chávez, 2004), figuras puntiagudas y trazos muy marcados junto con desprolijidad en el colorido (Moreno, 2019). En siete dibujos del estudio se visibilizan las amenazas al interior del hogar, en cuatro, las amenazas se localizan en el exterior. En tres de los casos las amenazas están puestas tanto al interior de la familia como al exterior de esta. El manejo del estrés contempla, además, la presencia de coronavirus como una figura visible y personificada, la cual estuvo presente en seis de los dibujos (Frómeta-Dominguez et al., 2021).

Figura 7. Dibujo de un niño de 8 años.



Ejemplo de detalle ambiente interno, amenazas del entorno familiar y presencia de coronavirus.

Figura 8. Dibujo de una niña de 6 años.



Ejemplo de presencia de coronavirus y amenaza al interior de la familia.

Figura 9. Dibujo de un niño de 8 años.



Ejemplo de detalle ambiente interno.

Figura 10. Dibujo de un niño de 7 años.



Ejemplo de detalle ambiente externo, amenaza al exterior de la casa (perro) y presencia de coronavirus.

La última dimensión del bienestar socioemocional es la **regulación del ánimo**, la cual se encuentra representada en la adición de objetos, que tiene la función de trasladar los propios sentimientos difíciles a objetos externos para que resulten menos amenazantes (Cattaneo, 2020). Estuvo presente en 12 dibujos, e incluye corazones, marcos, insignias, cuadros de texto, globos, peluches, patines y autos.

En la regulación del ánimo se consideró además el uso del color, el cual se asocia a la capacidad de registro emocional (Minkowska, 1980 en Cattaneo, 2020). Los colores más cálidos están asociados a un ambiente afectivo acogedor, mientras que

la presencia de los colores fríos se relaciona a una afectividad más inhibida. En cuanto a los colores oscuros, estos han sido vinculados a un ánimo predominantemente depresivo (Moreno, 2019). En tres de los dibujos primó el uso de colores cálidos. En siete gráficas se observaron colores predominantemente fríos, mientras que dos dibujos presentaron escaso uso del color, lo que podría estar relacionado con una dificultad en el registro emocional. Por último, seis de los dibujos presentaron una composición mixta, con colores tanto cálidos como fríos, dando cuenta de un amplio espectro de emociones representadas. En ninguno de los dibujos se observó el predominio de colores negros o cafés.

Otro indicador presente en la dimensión regulación del ánimo es la presencia de espacios en blanco, los cuales dieron cuenta de temas que son difíciles de ser visibles para las niñas y los niños (Cattaneo, 2017). La mayoría de las y los participantes ocuparon una importante proporción de la hoja para representar su experiencia, solo cinco dibujos consideraron zonas en blanco.

El movimiento o vitalidad en los personajes es otra característica que está asociada a la regulación del estado de ánimo, y da cuenta de habilidades cognitivas como la creatividad y la inteligencia (Hammer, 1997; Pont, 2014). Estos recursos son relevantes en una situación tan crítica como la pandemia. Se identificó en cinco gráficas, las cuales presentaron movimiento activo donde personajes subían escaleras, movían extremidades, peleaban entre los miembros de la familia y usaban juguetes como bicicletas o patines.

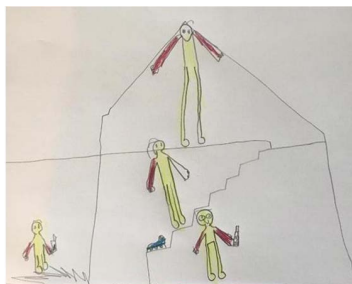
Una última característica gráfica de la dimensión regulación del ánimo es la fuerza del trazo. Un trazo fuerte se asocia a asertividad y agresividad (Pont, 2014), mientras que el trazo débil daría cuenta de un posible ánimo deprimido o timidez (Moreno, 2019). En 12 dibujos se presentó una fuerte presión en el trazo (Pont, 2014). Por otro lado, dos de los dibujos dieron cuenta de un trazo débil, mientras que cuatro un trazo mixto (fuertes y débiles a la vez).

Figura 11. Dibujo de un niño de 6 años.



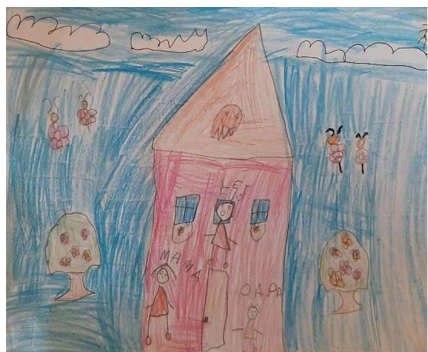
Ejemplo de uso de color mixto, trazo fuerte, adición de objeto.

Figura 12. Dibujo de niño de 9 años.



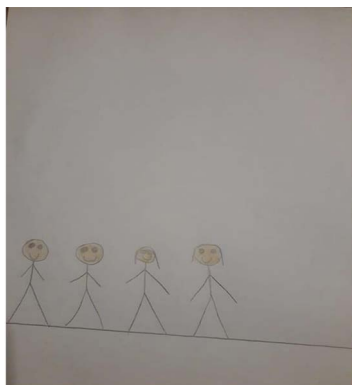
Ejemplo de uso de colores cálidos, trazo fuerte, adición de objeto, espacio en blanco y movimiento.

Figura 13. Dibujo de una niña de 6 años.



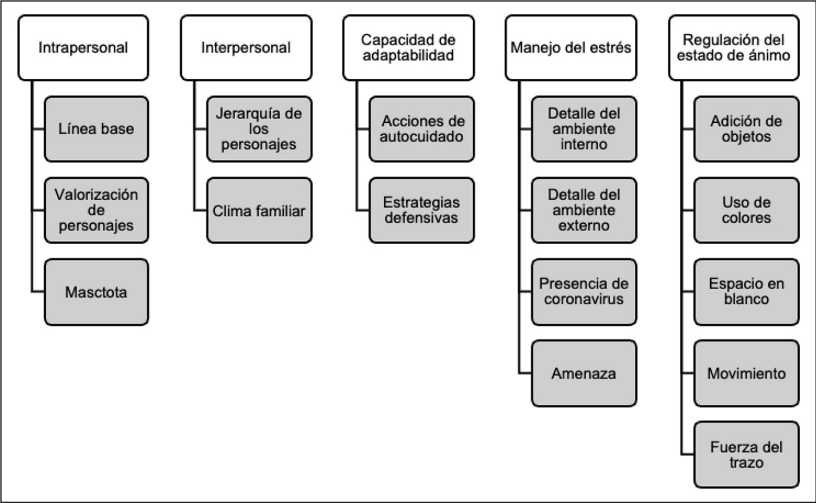
Ejemplo de uso de colores mixto, colores fríos en ambiente externo y cálido dentro de la casa, trazo fuerte, adición de objeto.

Figura 14. Dibujo de un niño de 6 años.



Ejemplo de escaso uso del color, trazo fuerte y espacio en blanco.

Figura 15. Dimensiones socioemocionales y características gráficas



Nota. Elaboración propia

Tabla 1. Cantidad de casos presentados en relación con la dimensión socioemocional y categoría gráficas formales y simbólicas

Dimensión socioemocional	Categoría gráfica y simbólica	Cantidad de casos
Intrapersonal	Incorporación de línea base	12
	Valorización de personajes	12
	Mascota	5
Interpersonal	Jerarquía de personajes	12
	Clima familiar	
	Tenso	10
	Cálido	1
	Mixto	7
Capacidad adaptabilidad	Acciones de autocuidado	4
	Estrategias defensivas	
	Desplazamiento	11
	Maníacas	8
	Aislamiento	5
	Idealización	2

	Formación reactiva	2
	Inhibición del yo	2
	Anulación	2
	Negación	2
Manejo del estrés	Detalle del ambiente interno	7
	Detalle del ambiente externo	8
	Presencia de coronavirus	6
	Amenaza	15
Regulación del estado de ánimo	Adición de objetos	12
	Uso de colores	
	Cálidos	3
	Fríos	7
	Mixto	6
	Escaso color	2
	Espacio en blanco	5
	Movimiento	5
	Fuerza del trazo	
	Fuerte	12
	Débil	2
	Mixto	4

Nota. Elaboración propia

4. Discusión

El Comité de los Derechos del Niño planteó como recomendación durante la pandemia por COVID-19 prevenir el impacto de la crisis sanitaria en la salud física y mental de niñas y niños junto con brindar oportunidades para que sus opiniones fueran escuchadas y tomadas en cuenta (Méndez y Pérez, 2021).

En este estudio se pudo reflejar cómo las niñas y los niños dieron cuenta de su bienestar socioemocional en la medida que se les ofreció una metodología cercana e intuitiva para hacerlo.

Los dibujos infantiles facilitaron que niñas y niños reflejaran activamente elementos intrapersonales, interpersonales, su capacidad de adaptabilidad, el manejo del estrés y la regulación de su ánimo durante la crisis sanitaria.

Conocer el bienestar socioemocional de niñas y niños en la pandemia por medio de los dibujos infantiles permitió acceder no solo a sus percepciones frente a la crisis sanitaria, sino también a la manera en cómo accionaron recursos resilientes que les permitieron hacer frente a esta compleja experiencia. Acceder a los recursos socioemocionales de niñas y niños en situaciones de crisis desde su propia voz puede servir como orientación a profesionales vinculados a la salud para promover su bienestar en contextos adversos.

5. Conclusiones

A partir de los resultados, es posible observar que a nivel intrapersonal las niñas y los niños representaron en sus dibujos la necesidad de contención, vinculación y el reconocimiento de figuras significativas frente al contexto de pandemia.

En relación con el nivel interpersonal, niñas y niños relevaron figuras adultas de su entorno familiar, lo que deja en evidencia la importancia de contar con la protección de sus principales figuras de cuidado. Conjuntamente, las niñas y los niños fueron activos en representar a nivel gráfico ambientes tanto tensos como mixtos, lo que da cuenta que la situación de la pandemia fue exigente en términos emocionales.

En cuanto a la capacidad de adaptabilidad, un escaso número de niñas y niños representaron medidas de autocuidado, ya que la mayoría reflejó la situación de pandemia dentro del hogar. Respecto de las estrategias defensivas reflejadas en los dibujos, se observó que las niñas y los niños desplegaron diversas formas de defenderse de las amenazas del contexto donde prevaleció el esfuerzo de minimizar las situaciones percibidas como difíciles y estresantes.

En relación con el manejo del estrés, las niñas y los niños reflejaron amenazas a su estabilidad emocional tanto ambientales como familiares. En un tercio de los casos, el coronavirus fue dibujado, lo que podría estar asociado a una necesidad de control

de esta amenaza, ya que en la medida que se personifica se puede hacer más manejable.

Finalmente, a nivel de la regulación del estado de ánimo, si bien en los dibujos niñas y niños representaron vivencias de tensión y tristeza, se apreció como un factor resiliente el hecho de que la totalidad de las y los participantes pudieron reflejar diversas emociones y tonalidades afectivas, lo cual les permite planear sus necesidades de manera más asertividad.

6. Referencias

- Abdulah, D. M., Abdulla, B. M. O. y Liamputtong, P. (2021). Psychological response of children to home confinement during COVID-19: A qualitative arts-based research. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 761-769.
- Aguiar Correa, C., Farías Farías, B. B., Fuentes Savoy, M. P., Miranda Núñez, P. I. y Pérez Pérez, M. I. (2023). Bienestar socioemocional en contexto de pandemia y virtualidad: una aproximación a padres, madres, profesorado y estudiantado de educación primaria en Chile. *Revista Educación*, 47(1), 1-18. <https://doi.org/10.15517/revedu.v47i1.52029>
- Bagnoli, A. (2009). Beyond the standard interview: the use of graphic elicitation and arts-based methods. *Qualitative Research*, 9(5), 547-570. <https://doi.org/10.1177/1468794109343625>
- Barilari, Z. Beigbeder, C. y Colombo, R. (2000). *Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica persona bajo la lluvia*. Paidós.
- Bisquerra Alzina, R. y Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Buitrago, R., Herrera, L. y Cárdenas, R. N. (2019). Coeficiente emocional en niños y adolescentes de Boyacá, Colombia. Estudio comparativo. *Praxis & Saber*, 10(24), 45-68. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.10002>
- Cattaneo, B. (2020). *El dibujo en el contexto del psicodiagnóstico*. Paidós.
- Corman, L. (2008). *El Test del dibujo de la Familia*. Centro Editor Argentino.
- Cyrulnik, B., Colombo, R. y Gurvich, M. (2012). *Evaluación psicológica actualización de las pruebas gráficas HTP*. Cauquen.
- Duran, M. (2021). Reflection of COVID-19 Pandemic on the Drawings of Pre-School Children: A Phenomenological Study. *African Educa-*

tional Research Journal, 9(1), 86-99. <https://doi.org/10.30918/AERJ.91.20.223>

- Esteban Tortajada, M. B., Crespo i Torres, F., Novella Cámara, A. M. y Sabariego Puig, M. (2021). Aportes reflexivos para la investigación con las infancias. Corresponsabilidad en el avance de su participación. *Sociedad e Infancias*, 5 (Especial), 21-33. <https://doi.org/10.5209/soci.71444>
- Frómata-Dominguez, E., Maynard-Bermúdez, G., Acosta-Sardina, J., Gainza-Lores, Y. y Soto-Martínez, J. (2021). Dibujo libre en la caracterización del impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes cubanos. *Gaceta Médica Estudiantil de la Universidad de Ciencias*, 2(2).
- Gorrotxategi, P., Serrano, M., Garrido, F. J., Vázquez, M. E., Mambié Menéndez, M. y Cenarro Guerrero, M. (2020). ¿Cómo han vivido los niños el confinamiento por el coronavirus? *Pediatría Atención Primaria*, 22(87), 273-281.
- Hammer, E. (1997). *Test proyectivos gráficos, Pautas generales de interpretación*. Editorial Paidós.
- López-Pereyra, M., Armenta-Hurtarte, C., Gómez Vega, M. del P. y Puerto Díaz, O. (2021). El bienestar emocional en las niñas y los niños. *Revista Internacional De Educación Emocional Y Bienestar*, 1(2), 53-70. <https://doi.org/10.48102/riieb.2021.1.2.14>
- Martinerie, L., Bernoux, D., Giovannini-Chami, L. y Fabre, A. (2021). Children's drawings of coronavirus. *Pediatrics*, 148(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047621>
- Mendez, R. y Pérez, O. (2021). Derechos Humanos de los niños en tiempos de Covid-19. *Ecos Sociales*, 9(26), 1519-1530.
- Moreno, A. (2019). *La interpretación del dibujo infantil*. Recursos educativos. Octaedro Editorial.
- Moula, Z., Walshe, N. y Lee, E. (2021). Making nature explicit in children's drawings of wellbeing and happy spaces. *Child Indicators Research*, 14(4), 1653-1675. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09811-6>
- Olhaberry, M. y Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33, 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.002>
- Paricio del Castillo, R. y Pando Velasco, M. F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>

- Pont, T. (2014). *Los test gráficos en el psicodiagnóstico*. Editorial Síntesis.
- Querol, S. y Chávez, M. (2004). *Test de la Persona bajo la Lluvia. Adaptación y Aplicación*. Editorial Lugar.
- Rovetta, A. I. (2017). "Si me dieran un billete de avión...": recurriendo a la elucidación gráfica en entrevistas con menores de edad. *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (36), 63-87. <https://doi.org/10.5944/empiria.36.2017.17859>
- Ruiz, E., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology*, 20(2), 281-304.
- Sabatier, C., Restrepo Cervantes, D., Moreno Torres, M., Hoyos De los Rios, O., & Palacio Sañudo, J. (2017). Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 101-110.
- Sáinz, A. (2011). *El Arte Infantil. Conocer al niño a través de sus dibujos*. Editorial Eneida.
- Sánchez-Calleja, L., García Jiménez, E., & Rodríguez Gómez, G. (2016). Evaluación del diseño del programa AedEM de Educación Emocional para Educación Secundaria. <https://doi.org/10.7203/RELIEVE.22.2.9422>
- Sieguel, D. y Payne, T. (2020). El poder de la presencia. Cómo la presencia de los padres moldea el cerebro de los hijos y configura las personas que llegarán a ser. ALBA. *Revista complutense de educación* 32(1), 157-158. <https://doi.org/10.5209/iced.72782>
- Ureña, M., Tencio, K. y Sibaja Molina, J. (2024). Regulación emocional en la niñez de 4 y 5 años durante la pandemia: Factores protectores y riesgos en una institución privada de Costa Rica. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 24(2), 1-42. <https://doi.org/10.15517/aie.v24i2.57180>

Implantação do programa multidisciplinar de atendimento aos bebês prematuros: aproximações com a teoria da subjetividade na perspectiva histórico-cultural

ALEXANDRA AYACH ANACHE

Unioversidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

1. Introdução

A teoria da subjetividade na perspectiva histórico-cultural valoriza as experiências individuais e a construção do conhecimento a partir das vivências mediadas pela cultura. Esse entendimento reconhece a diversidade de trajetórias de aprendizagem e a importância de considerar as particularidades de cada criança, sobretudo quando elas nascem prematuras e de baixo peso.

É considerado parto prematuro o nascimento de uma criança antes de completar 37 semanas de gestação, sendo classificado de acordo com a idade gestacional: prematuridade extrema para bebês nascidos entre 22 a menos de 28 semanas, prematuridade severa de 28 a menos de 32 semanas e prematuridade moderada a tardia de 32 a menos de 37 semanas. Considera-se também o peso, o qual pode ser dividido em: baixo peso (menos de 2,5 kg), muito baixo peso (menos de 1,5 kg) e extremo baixo peso (menos de 1 kg) (OMS, 2023).

Este fenômeno pode ser decorrente de fatores genéticos, sociodemográficos, ambientais e intercorrências gestacionais (Martinelli et al., 2021; Howson et al., 2018; Huang et al., 2018; Abdel Razeq et al., 2017). Estima-se que no Brasil aproximadamen-

te 11 % do total de nascimentos ocorra antes das 37 semanas, taxa que varia de região para região (DATASUS, 2022). Em 2022, foram registrados 303 447 nascimentos prematuros e, em 2024, foram notificados 245 247 nascimentos prematuros.

A prematuridade pode trazer consequências para o desenvolvimento da criança, sobretudo se ela não receber os atendimentos necessários para estimular sua aprendizagem – processo necessário para promover o desenvolvimento das funções mentais superiores, como o pensamento abstrato, a memória, atenção voluntária, percepção e atividade consciente (OMS, 2023).

Este trabalho tem como objetivo apresentar experiências acumuladas ao longo do acompanhamento de crianças prematuras desde o nascimento, passando pela internação, até o início da entrada na educação infantil, criando estratégias que favoreçam a aprendizagem e desenvolvimento.

1.1. Fundamentos teóricos

O conceito de desenvolvimento humano é considerado como um processo mediado socialmente e historicamente situado, sendo que a linguagem é seu principal mediador simbólico. Esses instrumentos culturais expressam a forma como as pessoas percebem e interagem com o mundo. Este processo não é linear nem universal, pois os valores e conhecimentos culturais, ações e relações transformam os modos de pensar e agir dos indivíduos, constituindo a subjetividade dos indivíduos (Vygotsky, 1996).

A subjetividade humana se integra em dois níveis qualitativamente diferentes, os quais estão intimamente relacionados: a subjetividade social e a subjetividade individual. A primeira refere-se aos significados compartilhados, práticas culturais, normas e valores que emergem das interações sociais e são internalizados pelos indivíduos. Ela se manifesta através das instituições, dos grupos sociais e das práticas coletivas, participando no processo de constituição da subjetividade individual – é a forma como cada pessoa vivencia, interpreta e responde às influências sociais em seu contexto particular (González Rey y Mitjáns Martínez, 2020).

Os sentidos subjetivos representam as formas como os indivíduos atribuem significado às suas experiências e interações com o mundo. Esses sentidos não são estáticos, mas estão em cons-

tante transformação, à medida que novos significados são produzidos nas relações sociais e na vivência pessoal. A personalidade é compreendida como configurações subjetivas que emergem da inter-relação entre os sentidos subjetivos e as condições sociais, sendo um sistema aberto e flexível que se desenvolve e se transforma ao longo do tempo a partir das experiências de vida (González Rey y Mitjáns Martínez, 2017).

As mudanças decorrentes das idades dos seres humanos se caracterizam pela alternância entre períodos de estabilidade e crises (instabilidades), os quais apresentam cursos diferentes. Vygotsky (1996) identificou as idades críticas da seguinte forma: crises pós-natal – primeiro ano (2 meses - 1 ano); crise de 1 ano – infância precoce (1 ano - 3 anos); crise de 3 anos – idade pré-escolar (3 anos - 7 anos); crise dos 7 anos – idade escolar (8 anos - 12 anos); crise dos 13 anos – puberdade (14 anos - 18 anos); e crise dos 17 anos. A passagem de um estágio para outro não ocorre por via evolutiva e sim revolucionária (Vygotsky, 1996, p. 258).

Em cada idade encontramos uma linha central de desenvolvimento, que nesta perspectiva foi entendida como processos de desenvolvimento, os quais se relacionam mais ou menos de forma imediata com a nova formação principal do sujeito e que também dependem das linhas acessórias de desenvolvimento. Assim, aquilo que é considerado característica central de uma determinada idade em outra passa a ser acessória. Na transição de uma idade para outra, se reconstrói toda estrutura disponível.

Portanto, é necessário considerar a situação social de desenvolvimento, a qual é entendida como a confrontação entre as demandas de uma nova situação vivida pelo sujeito e os recursos psicológicos de que o sujeito dispõe. A partir dessa confrontação, mobilizam-se as estruturas psíquicas já consolidadas, impulsionando a construção de outras, por meio da aprendizagem para impulsionar o desenvolvimento da criança.

Aprender é uma prática dialógica, pois é por meio dela que nos humanizamos, onde o outro é fundamental para que este processo seja exitoso. Neste sentido, o conceito de Zona de Desenvolvimento Próximo (Vygotsky, 1996) evidencia a importância das relações sociais e do uso dos elementos mediadores para promover o desenvolvimento, ou seja, o aprendizado ocorre de maneira colaborativa, envolvendo as dimensões subjetivas.

Muniz e Mitjáns Martínez (2020) afirmaram que o desenvolvimento da subjetividade é um processo historicamente situado, mediado pelas relações sociais e pela cultura, que emerge na interseção entre o sujeito e o contexto sociocultural em que está inserido. Esse movimento é dialético e evidencia a interdependência entre os níveis individual e social do desenvolvimento humano. As autoras destacaram que a vivência emocional é constituída socialmente e integra a experiência subjetiva de forma indissociável.

A subjetividade se constitui no movimento do processo de neoformações psíquicas desde a mais tenra idade, uma vez que produz novas formas de encarar a realidade. Este processo depende da situação social de desenvolvimento de cada bebê e de sua família e, sobretudo, das suas condições de vida.

Esta abordagem enfatiza o papel ativo do ser humano na construção de sua subjetividade. Ele interpreta, produz sentidos subjetivos, agencia os significados culturais, os quais se configuram subjetivamente, reforçando a importância de considerar os contextos socioculturais e as práticas sociais na análise do processo de constituição subjetiva.

2. Método / Experiência

O Programa Multidisciplinar de Atendimento aos Bebês Prematuros foi iniciado em 2008 e efetivado em 2011, contando com o apoio de financiamento da Fundação de Apoio ao Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), com o objetivo de favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de crianças nascidas antes das 35 semanas de gestação, com menos de 1,5 kg, bem como de suas mães, pais, responsáveis e familiares.

Ele foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), no ambulatório de Pediatria de um hospital universitário da rede federal de ensino e em escolas de educação infantil da rede pública de ensino durante a semana. Contou com a participação de acadêmicos do curso de Psicologia e de estudantes da pós-graduação em Psicologia e em Educação de uma universidade federal, preceptores dos setores (enfermeiros, médicos), professores da educação infantil e a orientadora deste Programa.

Os instrumentos utilizados foram selecionados e aplicados em diferentes contextos: 1) Dinâmica conversacional com profissionais e familiares em diversos contextos; 2) Entrevistas semiestruturadas com mães, pais ou responsáveis, complemento de frases com os responsáveis; 3) Oficinas de terapia com as mães dos bebês internados; 4) Atividades lúdicas com as crianças em ambulatório de seguimento.

Este Programa foi desenvolvido em etapas, a saber:

1. Treinamento da equipe de profissionais e estagiários;
2. Sensibilização da equipe do hospital;
3. Atendimento psicológico para as mães dos bebês prematuros e apoio ao Método Canguru. Este modelo de assistência é iniciado durante a gravidez de risco e segue até a alta do recém-nascido. Ele consiste em colocar o bebê em contato com o corpo dos pais, em uma posição semelhante à que o canguru carrega seus filhotes, visando promover o desenvolvimento psicológico e emocional tanto do bebê quanto da mãe, além de melhorar a saúde do recém-nascido, fortalecendo o vínculo afetivo entre eles, reduzindo o estresse, aumentando a confiança dos progenitores, estimulando o aleitamento materno, proporcionando estímulos sensoriais agradáveis e colaborando para o desenvolvimento psicológico do bebê (Brasil, 2017);
4. Oficinas de terapia, que consiste em envolver as mães dos bebês prematuros na preparação de materiais para receber o seu bebê;
5. Atendimento ambulatorial para avaliar e orientar o processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças;
6. Acompanhamento das crianças na escola de educação infantil, visando a orientação do processo de aprendizagem.

3. Resultados

A organização da equipe de trabalho para construção de uma cultura que atenda aos princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade e equidade) exigiu conhecer os profissionais, a dinâmica do setor, integrar-se a ele e, sobretudo, às normativas legais do hospital.

Uma das dificuldades registradas pelos profissionais de saúde do setor foi o relacionamento com as famílias, especialmente com as mães dos bebês prematuros, no que tange ao cumprimento da rotina de cuidados com os bebês. Durante a vigência deste programa, foram atendidas famílias de 400 crianças, sendo que 30 delas receberam acompanhamento sistemático. Deste grupo, 21 mães tinham entre 21 e 35 anos, 12 estavam acima de 35 anos e 6 eram adolescentes. Entre elas, 24 eram brancas e 6 pardas.

Quanto ao estado civil, 28 mães tinham união estável, enquanto duas adolescentes não possuíam companheiros presentes durante o período do trabalho. Em relação ao aspecto socioeconômico, 19 famílias recebiam um salário mínimo e as demais entre dois a três salários mínimos. Das mães entrevistadas, 24 eram donas de casa, 5 trabalhavam na informalidade e apenas uma possuía registro em carteira. A maioria tinha cursado o ensino fundamental. Todos os partos foram realizados no hospital, sendo 26 cesáreas e 4 partos normais. Quatorze mães realizaram de 6 a 10 consultas, 8 fizeram até 5 consultas, 7 não realizaram consultas e 1 fez mais de 15 consultas.

Nas entrevistas com as mães e respectivas famílias, observou-se que a maioria tinha dificuldades para compreender a rotina do hospital e reclamava da falta de informação sobre a saúde de seus filhos. Além disso, as mães, diante da angústia da separação, expressavam sentimento de impotência, medo da perda, tristeza e depressão, abandono e solidão.

Diante do exposto, fomos desenhando junto com elas um cenário inspirado no conceito de educação social, disponibilizando horários de atendimento no setor, com a presença dos estagiários do curso de Psicologia e de estudantes de pós-graduação em Educação e Psicologia.

Desmistificar a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) como um lugar de “transição para morte”. Por meio do diálogo, este espaço foi sendo considerado um ambiente especializado de cuidado para que os bebês pudessem crescer, ganhar peso e desenvolver habilidades essenciais como respirar, sugar e engolir.

A oficinasoterapia foi um recurso criado junto com as mães, ocorrendo diariamente, coordenado pelos estagiários mais experientes e com a liderança de uma das mães. Este protagonismo foi

essencial para promover a partilha de cuidados e troca de experiências entre as participantes. Ela funcionou como indutora para criar espaços para expressão de sentimentos, dúvidas e conquistas. As atividades desenvolvidas, como artesanatos e pinturas, possibilitaram a redução do estresse, melhora do humor, interação social e desenvolvimento de habilidades de autoconfiança.

O processo de alta do hospital foi acompanhado e orientado, pois há muita insegurança sobre os cuidados dos bebês, diante de sua fragilidade. Neste percurso, os responsáveis eram orientados a frequentar o ambulatório de pediatria para acompanhar o desenvolvimento da criança. A partir da avaliação-intervenção realizada pelo setor de Psicologia que acompanhava as consultas médicas, criou-se um sistema de orientação para fortalecer a rede de cuidados, visando promover a autonomia da criança.

4. Discussão

Considerando que o foco desta experiência foi trabalhar junto às equipes, mães e familiares, compreendendo os sentidos subjetivos atribuídos ao nascimento prematuro do bebê, foi necessário conhecer como o bebê prematuro estava configurado subjetivamente tanto para a mãe como para seus pais ou responsáveis, pois a tendência era vincularem-se à prematuridade da criança. Por isso, foi importante criar uma identidade para cada bebê, com nome e características que o diferenciasssem dos demais. Encorajar a observação da criança no leito, seus movimentos e suas necessidades estimulou a interação e o vínculo.

O diálogo nos permitiu identificar que, dadas as condições adversas do parto, o bebê prematuro era considerado um ser patológico em toda a sua extensão, resultando, com isso, dificuldades de construção de vínculos com os progenitores, conforme o relato de uma delas: “eu não posso me apegar, vou sofrer muito quando...” Outras indagavam: “ele vai ser sempre assim? Como eu vou dar conta disso?”

Estas questões foram alvo de discussões individuais e em grupo, quando foi possível o confronto de ideias entre nós. Paulatinamente, as orientações sobre possibilidades de desenvolvimento das crianças, por meio dos toques afetivos, dos cuidados nos momentos de higiene e no estímulo à amamentação, fomenta-

ram a produção de novos sentidos subjetivos sobre a atipicidade da condição da criança. Conforme o relato de uma delas: “eu achei que seria mais difícil, ele já está olhando para mim quando eu olho para ele e toco seu rosto com o dedo, carinhosamente!” Registre-se que esta atitude foi valorizada por nós, quando afirmamos que o bebê sentia o que ela estava transmitindo a ele. A troca de olhares é fundamental para o desenvolvimento do afeto-cognição e, conseqüentemente, das demais funções, como atenção e memória.

As ações que desenvolvemos no percurso foram fundamentais para evitar ou mesmo orientar os problemas de desenvolvimento nessa população desde as primeiras experiências do bebê com a mãe. Em todas as atividades que realizamos, foi muito importante identificar os conhecimentos que as mães possuíam sobre a condição de seus filhos e, sobretudo, como a prematuridade estava configurada subjetivamente para cada uma delas.

Os profissionais têm o compromisso de serem âncoras para dirimir as dúvidas, apoiar nas intercorrências e proporcionar condições para que as mães, cuidadores e respectivas redes de apoio se vinculem com o bebê prematuro, e que seguirá no curso de seu desenvolvimento, por meio dos suportes oferecidos a eles.

A crise pós-natal é caracterizada como transitória, pois o recém-nascido precisa se adaptar a um novo ambiente, começando a desenvolver reflexos básicos e estabelecendo vínculos iniciais com os cuidadores. Isso requer atenção por parte dos profissionais de saúde e da educação no fortalecimento das redes de cuidados para aquela criança prematura.

A crise do primeiro ano é marcada pela necessidade de explorar o ambiente, amplia-se a capacidade de comunicação, acompanhada de frustrações à medida que as habilidades ainda estão em desenvolvimento. No caso das crianças prematuras, o acompanhamento ambulatorial foi fundamental para diminuir as atitudes protecionistas por parte dos cuidadores.

Aos 3 anos, a criança já tem mais autonomia para andar, falar e ampliar a sua relação com o meio ambiente. No entanto, no caso das crianças que nasceram prematuras e de baixo peso, identificamos atraso no desenvolvimento motor e da linguagem, necessitando da presença de fisioterapeutas e fonoaudiólogos. A crise dos 6 anos é caracterizada por mudanças no pensamento,

movendo-se para maior amplitude na capacidade de compreender os fenômenos por diferentes perspectivas. Este é um período de transição para a educação formal.

Considerando o caráter simbólico-emocional do ser humano, observamos que cada criança se expressava de forma diferente, a depender dos recursos que tinha disponíveis, o que demonstrava que o desenvolvimento subjetivo não é linear e não segue etapas fixas nos bebês que participaram desta pesquisa.

Embora tenham sido identificados atrasos no desenvolvimento da linguagem, elas criavam formas diferentes de comunicação para expressar seu desconforto ou mesmo suas necessidades, guiando-nos para planejar, junto com seus cuidadores, estratégias de aprendizagem.

Crianças prematuras estão mais propensas a enfrentar desafios relacionados ao desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional, intensificando os sintomas das crises de desenvolvimento e tornando a transição pelas fases mais difícil, especialmente nos primeiros anos de vida. Isso requer apoios colaterais mais intensivos para explorar e desenvolver suas habilidades.

Este trabalho deve iniciar o mais cedo possível, desde o período do nascimento até a entrada na escola de educação infantil, garantindo que todas as crianças tenham acesso às mesmas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento. Assim, seguimos até o acompanhamento da matrícula das crianças nas escolas de educação infantil, encorajando sua autonomia.

5. Conclusões

Os resultados apontaram para a necessidade de criação de políticas públicas que fortaleçam redes de atenção a crianças com desenvolvimento atípico de forma longitudinal, promovendo condições de aprendizagem e desenvolvimento desde os períodos iniciais de escolarização. Isso só será possível se compreendermos as dimensões subjetivas de seus integrantes, os quais são os executores das políticas públicas, colocando em relevo o valor heurístico da Teoria da Subjetividade na perspectiva cultural-histórica, nos possibilitando partir do real para que, em colaboração com todos os participantes, se avance na construção de ações e relações profícuas ao desenvolvimento do bebê prematuro.

Foi necessário planejar ações educativas e terapêuticas para promover a aprendizagem das crianças, prevenindo ou atenuando situações incapacitantes. Isso inclui proporcionar ambientes ricos em interações, materiais que estimulem a curiosidade e a criatividade e, sobretudo, um vínculo afetivo seguro que favoreça a confiança e a autonomia da criança.

A adoção de práticas educacionais inclusivas, que respeitem as singularidades das crianças, é fundamental para favorecer o desenvolvimento integral de todos os alunos na educação infantil. Assim, a integração das redes de saúde e de educação contribui para a construção de um programa sensível e humano, essencial para o pleno desenvolvimento das crianças na primeira infância.

6. Referências

- Abdel Razeq, N. M., Khader, Y. S. y Batieha, A. M. (2017). The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: A prospective study from Jordan (2012-2013). *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 14, 28-36. <https://doi.org/10.4274/tjod.62582>
- González Rey, F. y Mitjáns Martínez, A. (2017). *Subjetividade, teoria, epistemologia e método*. Alínea.
- González Rey, F. y Mitjáns Martínez, A. (2020). Looking Toward a Productive Dialogue Between Cultural-Historical and Critical Psychologies. En M. Fleer, F. G. Rey y P. Jones (eds.), *Cultural-historical and critical psychology: Common ground, divergences and future pathways*, 1 (pp. 43-62). Springer.
- Howson, C. P., Kinney, M. V. y Lawn, J. E. (eds.). (2012). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503433>
- Huang, H., Carmichael, S. L., Yang, W., Padula, A. M., English, P. B. y Shaw, G. M. (2018). Investigation of association between environmental and socioeconomic factors and preterm birth in California. *Environment International*, 121, 1066-1078. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.07.027>
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., Driscoll, A. K. y Drake, P. (2017). *Births in the United States, 2016*. National Center for Health Statistics. (NCHS Data Brief, n.º 287).
- Martinelli, K. G., Garcia, É. M., Santos, N. S. y Gama, S. G. N. (2021). Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de

- Informações sobre Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 38, e0173. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0173>
- Ministério da Saúde (2005). Portaria N° 1.067, de 4 de julho de 2005: Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 6 de julho de 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>
- Ministério da Saúde (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- Ministério da Saúde (2022). DATASUS. Tabnet.
- Ministério da Saúde (2024). *Campanha promove conscientização sobre prematuridade em Mato Grosso do Sul*. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/mato-grosso-do-sul/2024/novembro/campanha-promove-conscientizacao-sobre-prematuridade-em-mato-grosso-do-sul>
- Muniz, L. S., & Martínez, A. M. (2020). *Aprendizagem criativa da leitura e da escrita e desenvolvimento: princípios e estratégias do trabalho pedagógico*. Editora Appris.
- Organização Mundial da Saúde (2023). *Nascido cedo demais: década de ação sobre parto prematuro*. Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Vasconcelos, L. T. de S., Irineu, M. E. N., Dos Santos, J. N. y Modesto, T. S. F. C. (2019). Estimulação precoce multiprofissional em crianças com defasagem no desenvolvimento neuropsicomotor: revisão integrativa. *Revista Pesquisa Em Fisioterapia*, 9(2), 284-292. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i2.2302>
- Vigotski, L.S. (1996). *Teoria e Método em Psicologia* (C. Berliner, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Sobre los coordinadores

Dolores Casquero Arjona

Doctora en Pedagogía por la Universidad de Málaga, Profesora Contratada Doctora en la Universidad de Málaga, desde el año 2003, especializada en el Diagnóstico en Educación y de las Necesidades Educativas Especiales, ocupa el cargo de Codirectora del Máster de Formación Permanente en Atención Temprana, doble titulación de la Universidad de Málaga y la Universidad Santo Tomás (Chile), así como doble titulación de la Universidad de Málaga y la Universidad Católica del Uruguay. Su actividad investigadora la ha llevado a participar en diversos proyectos de Cooperación Internacional Europeos (Leonardo y Erasmus+), así como grupos de investigación consolidados por la Junta de Andalucía, como IDEI (Innovación y Desarrollo Educativo Inclusivo). Algunas de sus publicaciones derivadas de estos proyectos de investigación, han sido: *Comparación del WISC-R con el WISC-IV: estudio piloto en una muestra de niños con dificultades de aprendizaje*, *Necesidades específicas de apoyo educativo en el alumnado con capacidad intelectual límite: aspectos para su intervención psicopedagógica*, *El proceso diagnóstico en la práctica de la orientación educativa*, *Alumnado universitario con discapacidad. Cuestiones para una reflexión docente en un marco inclusión*, *Desarrollo del lenguaje en población infantil de 3 y 4 años de la Región Metropolitana de Santiago de Chile* y *Los procesos de simplificación fonológica en población infantil de 3 y 4 años de la Región Metropolitana de Santiago de Chile*.

Pablo Daniel Franco Caballero

Doctor en Educación y Comunicación por la Universidad de Málaga, es profesor en la Universidad de Málaga, especializado en alfabetización en datos, análisis estadístico aplicado y medición psicométrica en contextos educativos. Cuenta con formación en un gran espectro de perfiles de edades, habiendo cursado el Máster en Atención Temprana de la Universidad de Málaga y habiendo realizado su tesis en Envejecimiento Activo. Su actividad investigadora se centra en la evaluación educativa, la validez y fiabilidad de instrumentos psicométricos, así como en el diseño de recursos formativos para la comprensión y el uso riguroso de los datos en Educación. Ha participado en proyectos de investigación orientados a la mejora de los procesos de evaluación, la calidad del aprendizaje y la integración de tecnologías basadas en modelos de lenguaje para el apoyo docente. Entre sus publicaciones recientes se incluyen trabajos sobre alfabetización en datos en alumnado universitario, evaluación mediante modelos de respuesta al ítem, así como estudios aplicados al uso de sistemas automáticos de retroalimentación en asignaturas del ámbito de la educación y de la programación.

Eduardo Elósegui Bandera

Doctor en Psicología. Profesor Titular de Universidad en el Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Director del Máster Universitario en Atención Temprana de la Universidad de Málaga desde 1999. Ha ocupado distintos cargos de responsabilidad en la Universidad de Málaga (Director de Bienestar y Cooperación al Desarrollo, Vicedecano de Ordenación Académica de la Facultad de Ciencias de la Educación, Director del Departamento de Métodos de Investigación e Innovación Educativa). Igualmente ha dirigido Grupos de Investigación subvencionados por la Comunidad Europea (2 proyectos Leonardo Da Vinci, 1 proyecto Erasmus+), por la Junta de Andalucía, y otros organismos. Ha dirigido diversas tesis doctorales relacionadas con la Educación Inclusiva, la Innovación Educativa, Ámbitos del Diagnóstico, etc. Tiene numerosas publicaciones tanto en el ámbito de la Metodología de la Investigación como del Diagnóstico en Educación, entre las que figuran: *Estudio sobre la necesidad de formación en Atención Temprana, Comparativa de tratamientos en el TDAH para la mejora de los procesos del sistema ejecutivo y sus fun-*

ciones, Reception and support adults with hándicap in vocational re-conversión with mental health problems, Análisis del WISC-IV en una muestra de alumnos con Capacidad Intelectual Límite, Formative research in teacher training: A case study carried out in Uruguay, que ha obtenido el Premio en la modalidad 'Artículo Académico de Excelencia' en el Congreso EPA de la Universidad del Desarrollo (Chile).

Índice

Introducción	11
Referencias	12
1. El acompañamiento desde la psicomotricidad relacional en atención temprana.	15
1. Introducción.	15
2. El escenario de la psicomotricidad relacional	15
2.1. El sostén afectivo.	17
2.2. El juego corporal	17
2.3. La presentación de objetos	17
2.4. El acompañamiento a la familia	18
3. Experiencia.	18
4. Resultados y discusión	19
4.1. Primera escena: el acercamiento del niño al cuerpo del adulto; la iniciativa en la relación	19
4.2. Segunda escena: descubriendo el juego del cómo si y la posibilidad de afirmarse	20
4.3. Tercera escena: la imitación y el apoyo entre iguales	22
5. Conclusiones	23
6. Referencias	24
2. La evaluación de funciones ejecutivas en la población infantil asistentes a los jardines de infancia de Santiago de Chile	27
1. Introducción.	27

2. Método / Experiencia	28
2.1. Procedimiento y muestra	28
2.2. Instrumento.	28
3. Resultados	30
3.1. Edad	31
3.2. Género.	32
3.3. Comuna y provincia de ubicación del jardín infantil . .	35
4. Discusión	39
5. Conclusiones	40
6. Referencias	40
 3. ¿Cómo desarrollar las funciones ejecutivas en el segundo ciclo de educación infantil desde la prevención? Programa ADHISO	 43
1. Introducción.	43
2. Experiencia.	45
2.1. Contexto y población	46
2.2. Materiales y metodología	46
2.3. Evaluación de la experiencia educativa	47
3. Resultados	48
3.1. Resultados positivos	49
3.2. Otros resultados	49
4. Discusión	50
5. Conclusiones	50
6. Referencias	51
 4. La subjetividad en los primeros años de vida: tres estudios.	 55
1. Introducción.	55
2. Teoría de la subjetividad e epistemología cualitativa. . . .	57
2.1. El desarrollo subjetivo.	59
2.2. Desafíos: la relación teoría-práctica.	60
3. Los tres estudios.	61
3.1. La bebé Chantelle	61
3.1.1. El surgimiento de producciones subjetivas	62
3.2. El niño Pê	63
3.2.1. La comunicación de Pê	63
3.3. Niños en guardería	64
4. Conclusiones	66
5. Referencias	66

5. Terapia centrada en la familia: impacto en el desarrollo del lenguaje hablado en niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos y/o implantes cocleares	69
1. Introducción	69
2. Método / Experiencia	71
2.1. Indicadores para analizar	72
2.2.1. Comparación de los resultados entre niños con sordera o hipoacusia usuarios de audífonos o implantes cocleares en un abordaje centrado en la familia.	73
2.1.2. Comparación de los resultados entre niños usuarios de implantes cocleares sucesivos versus niños usuarios de implante cocleares simultáneos en un abordaje centrado en la familia.	76
3. Discusión	78
4. Conclusiones	79
5. Referencias	79
6. Centro Infantil de Atención Temprana San Agustín. Experiencia del primer centro de atención temprana en Chile	81
1. Introducción	81
2. Método / Experiencia	82
2.1. Forma de trabajo	83
3. Resultados	85
4. Discusión	89
5. Conclusiones	90
6. Referencias	91
7. Precisión y actualización en la evaluación del desarrollo infantil: análisis crítico de herramientas diagnósticas en atención temprana	93
1. Introducción	93
2. Metodología	94
2.1. Muestra	94
2.2. Instrumentos	95
2.3. Procedimiento de análisis	95
3. Resultados	95

3.1. Escalas de desarrollo infantil de Bayley	96
3.2. Inventario de desarrollo Battelle	97
3.3. Escalas Mullen de aprendizaje temprano	98
3.4. Escalas de desarrollo Merrill-Palmer (revisada)	98
3.5. <i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i> (ADOS-2)	100
3.6. <i>Childhood Autism Rating Scale</i> (CARS-2)	100
4. Conclusiones y discusión	101
5. Referencias	102
 8. Experiencia de atención temprana en el voluntariado UDEPAT-MAIPI/AT en un jardín de Santiago (Chile) . .	107
1. Introducción	107
2. Experiencia	109
2.1. Planteamiento	109
2.2. Objetivos	109
2.2.1. Objetivos del modelo de atención temprana con niños entre 0 y 6 años	110
2.2.2. Objetivos de la intervención de los equipos interdisciplinarios UDEPAT	110
2.3. Contexto y población	110
2.3.1. Características del Jardín Nuevo Amanecer	111
2.3.2. Organización entre UDEPAT y el jardín infantil	111
3. Discusión	113
3.1. Necesidades del jardín infantil	113
3.2. Aprendizajes como voluntarios UDEPAT	113
3.3. Encuesta de la experiencia año 2022	114
3.3.1. Resultados de la encuesta	114
4. Conclusiones	114
5. Referencias	115
 9. Atención temprana y educación infantil: a propósito de un programa de coordinación	117
1. Organización y desarrollo de la atención temprana en Andalucía	117
2. Programa de detección y organización de la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas específicas de nueva escolarización en educación infantil de 3 años	118
2.1. Objetivos	120

3. Análisis de resultados del alumnado objeto de aplicación del programa (valoración de necesidades y recursos en una zona educativa)	120
4. Discusión	123
5. Atención temprana y educación infantil: alguna conclusión para el neurodesarrollo y el aprendizaje	124
6. Referencias	126
10. El estado actual de las prácticas centradas en la familia en atención temprana desde la percepción y experiencia de las familias españolas	129
1. Introducción	129
2. Método y experiencia	130
2.1. Construcción y validación de las dimensiones de análisis	130
2.1.1. Códigos asociados a las diferentes dimensiones	131
3. Resultados	132
4. Discusión	137
5. Conclusiones	140
6. Referencias	141
11. Problemas en el campo de la clínica psicomotriz infantil desde la perspectiva de la determinación social del desarrollo	143
1. Introducción	143
2. Aportes de la perspectiva de la determinación social del desarrollo para la clínica psicomotriz	144
3. De la vaguedad de la noción de entorno a la determinación social del desarrollo como posicionamiento teórico-metodológico	148
4. Consideraciones finales	150
5. Referencias	151
12. Bienestar socioemocional desde la perspectiva de niñas y niños a través de los dibujos infantiles en contexto de pandemia y confinamiento en Chile.	155
1. Introducción	155
2. Método	158
2.1. Diseño	158
2.2.1. Participantes	158

2.1.2. Instrumento	159
2.1.3. Análisis	159
3. Resultados	159
4. Discusión	167
5. Conclusiones	168
6. Referencias	169
13. Implantação do programa multidisciplinar de atendimento aos bebês prematuros: aproximações com a teoria da subjetividade na perspectiva histórico-cultural	173
1. Introdução	173
1.1. Fundamentos teóricos	174
2. Método / Experiência	176
3. Resultados	177
4. Discussão	179
5. Conclusões	181
6. Referências	182
Sobre los coordinadores	185

Desarrollo infantil y Atención Temprana

Perspectivas interdisciplinarias en contextos iberoamericanos

Desarrollo infantil y Atención Temprana: perspectivas interdisciplinarias en contextos Iberoamericanos es una obra colectiva que aborda de manera rigurosa y comprometida los procesos de desarrollo en la primera infancia y las prácticas de Atención Temprana desde una mirada integral, contextualizada y sensible a la diversidad sociocultural de Iberoamérica.

A través de trece contribuciones procedentes de distintos países y disciplinas como la psicología del desarrollo, la educación infantil, las neurociencias, la psicomotricidad, el trabajo social o la salud comunitaria, se ofrece un diálogo entre investigación, reflexión teórica y experiencias profesionales.

Lejos de enfoques reduccionistas o exclusivamente clínicos, los capítulos reunidos apuestan por comprender el desarrollo infantil como un proceso relacional, dinámico y contextualizado, en el que el vínculo, el juego, la afectividad, el lenguaje y el contexto adquieren un papel central.

Estas páginas exploran temas clave como la evaluación del desarrollo, las funciones ejecutivas, las prácticas centradas en la familia, la intervención psicomotriz, la atención a la diversidad funcional, la coordinación entre sistemas educativos y sanitarios, así como las respuestas socioeducativas surgidas ante situaciones de vulnerabilidad, desigualdad o crisis. Todo ello enmarcado desde una perspectiva de derechos, cuidados y justicia social, que subraya la importancia de una Atención Temprana ética, preventiva y transformadora.

