



El aprendizaje se inicia temprano

ESPACIO PARA LA INFANCIA



**Bernard
van Leer**
FOUNDATION

Espacio para la Infancia es una revista sobre el desarrollo de la primera infancia que trata temas específicos relacionados con el desarrollo de los niños pequeños, y en concreto desde su perspectiva psicosocial. Es una publicación semestral de la Fundación Bernard van Leer.

Las opiniones y puntos de vista expresados en *Espacio para la Infancia* corresponden exclusivamente a sus autores, y no necesariamente reflejan los de la Fundación Bernard van Leer. Las experiencias de trabajo presentadas en esta publicación no están necesariamente apoyadas por la Fundación.

© Bernard van Leer Foundation, 2013

Queda autorizada la reproducción de artículos de *Espacio para la Infancia*, siempre que se realice sin fin comercial. No obstante, se requiere que se cite la fuente de información: nombre del autor, *Espacio para la Infancia*, Fundación Bernard van Leer. Se requiere autorización para el uso de fotografías.

ISSN 1566-6476

Foto portada: Iniciativa Caribeña de Apoyo a la Niñez,
San Vicente y las Granadinas

Foto: Peter de Ruyter/Bernard van Leer Foundation

Espacio para la Infancia también se publica en inglés:
Early Childhood Matters (ISSN 1387-9553).

Se puede acceder a ambas publicaciones a través de **espacioparalainfancia.org**.

Fundación Bernard van Leer

PO Box 82334

2508 EH La Haya, Países Bajos

Tel: +31 (0)70 331 2200

www.bernardvanleer.org

Editora: Teresa Moreno

Traducción: Communico

Revisión: Margaret Mellor

Diseño: Homemade Cookies (cookies.nl)

Índice

- 5 Aprendiendo desde el nacimiento
Leonardo Yáñez
- 7 Proporcionando un camino para el éxito en la primera infancia: asegurar la base para el aprendizaje
Joan Lombardi y Rebecca Sayre
- 14 Lo que ocurre en el cerebro de los niños muy pequeños durante el proceso de aprendizaje
Saul Cypel
- 20 La perspectiva de Vygotsky sobre el aprendizaje, la cultura y la enseñanza que marca la diferencia
David W. Kritff
- 26 Salud para el aprendizaje: el módulo Cuidado para el desarrollo infantil
Charlotte Sigurdson Christiansen, Chiara Servili, Tarun Dua y Bernadette Daelmans
- 32 Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI): procesos, resultados y retos encontrados hasta la fecha
Aimee Verdisco, Jennelle Thompson y Katelyn Hepworth
- 37 La necesidad de crear un marco legal para la primera infancia: entrevista a Osmar Terra
- 40 Enriqueciendo el entorno en el hogar de familias con bajos ingresos de Colombia: una estrategia para promover el desarrollo infantil a escala
Orazio Attanasio, Sally Grantham-McGregor, Camila Fernández, Emla Fitzsimons, Marta Rubio-Codina y Costas Meghir
- 46 Definiendo el derecho al desarrollo integrado de la primera infancia en la India
Venita Kaul
- 51 Eficacia de los programas de apoyo parental para mejorar el aprendizaje del grupo etario menor de 3 años
Susan Walker y Susan M. Chang
- 57 El proyecto Creciendo Juntos: mejorando la calidad de vida de la primera infancia por medio de la gestión municipal
Regina Moromizato
- 61 El Programa Mãe Coruja Pernambucana: una exhaustiva red de cuidado para reducir la mortalidad materna e infantil en el estado de Pernambuco
Ana Elizabeth de Andrade Lima, Lusanira Santa Cruz, Cristina Pinheiro Rodrigues, Virgínia Maria Holonda de Moura, Renata A.L. Campos, Tania A. Lima y Maria da Conceição Silva Cardozo
- 64 Padres y aprendizaje en la primera infancia: lo que sabemos
Fiona McAllister, Adrienne Burgess, Jane Kato y Gary Barker
- 66 Programas de visita al hogar: evolución en el uso de los teléfonos móviles
Harouna Ba y Loulou Bangura
- 68 Apoyando a los padres desde un centro de cuidado infantil: el trabajo de ÇAÇA en Ben-u-Sen
Yiğit Aksakoğlu
- 71 *Espacio para la Infancia* ¡también disponible en línea!



Aunque los hallazgos de la neurociencia y de la economía prueban de forma sólida los beneficios de invertir en los primeros 3 años de los niños, todavía queda por delante un enorme reto para persuadir a los responsables de la formulación de las políticas a que consideren a la primera infancia como una prioridad estratégica. Foto • John Spaul/ Bernard van Leer Foundation

“Necesitamos más estudios de casos que ayuden a los líderes políticos a comprender cómo abordar mejor la necesidad de coordinación intersectorial.”

Aprendiendo desde el nacimiento

Leonardo Yáñez, Oficial de programas, Fundación Bernard van Leer

Cuando se escucha la expresión “aprendizaje en la primera infancia”, ¿no se piensa en la educación preescolar? La importancia de la educación preescolar es cada vez más ampliamente reconocida en todo el mundo; sin embargo, en el momento en que la mayoría de los niños comienza dicha educación, en torno a los 3 años, los bloques más importantes para el desarrollo del aprendizaje han quedado ya plenamente asentados. Por esa razón, esta edición de *Espacio para la Infancia* se centra en el aprendizaje desde el nacimiento hasta la edad de 3 años.

Durante los primeros 3 años de vida, el cerebro infantil está mucho más activo que el de los estudiantes universitarios. Del mismo modo que el cuerpo del bebé necesita la leche materna, su cerebro necesita afecto, estímulo e interacciones significativas: lenguaje, tacto, contacto visual, exploración y juego. Cuanto más obtenga esas cosas, más fácilmente aprenderá a descifrar y a clasificar objetos, a identificar patrones de lenguaje y a hacerse comprender, así como a desarrollar relaciones basadas en la confianza. Esas son el tipo de destrezas cognitivas, sociales y emocionales que apuntalan el tránsito hacia la escuela y la vida productiva.

Aunque los hallazgos de la neurociencia y de la economía en conjunto constituyen una sólida defensa para las sociedades que más invierten en los primeros 3 años de los niños, todavía queda por delante un enorme reto para persuadir a los responsables de la formulación de las políticas a que consideren que este estadio de la vida es una prioridad estratégica. Los datos son escasos: muchos países recopilan estadísticas sobre indicadores de supervivencia y de salud para menores de 3 años, pero es muy poco lo que sabemos sobre el alcance al que sus padres, sus comunidades y sus entornos les proporcionan oportunidades para explorar, jugar y aprender. Por ello, necesitamos más pruebas científicas sobre las políticas y las intervenciones que funcionan.

Y necesitamos más estudios de casos que ayuden a los líderes políticos a comprender cómo abordar mejor la necesidad de coordinación intersectorial, dado que

los distintos ministerios – Salud, Educación, Mujer, y Empleo – por lo general deben trabajar juntos si han de satisfacerse realmente las necesidades de aprendizaje temprano de los niños de 0 a 3 años.

No obstante, existen indicios prometedores. La reciente petición del presidente Obama para que la enseñanza preescolar sea universal en los EE.UU. ha sido escuchada en todo el mundo, y ayuda a los defensores de la primera infancia a obtener la atención de los responsables de la formulación de las políticas. Desplazándonos más al sur del continente americano, Dilma Rousseff, en Brasil, y Ollanta Humala, en Perú, están entre la nueva ola de presidentes de América Latina que no solo han hablado con frecuencia y con vehemencia sobre la necesidad de invertir en los niños pequeños, sino que además han comprometido recursos y han comenzado a lanzar programas de ámbito nacional. Cuba, Suecia, Chile y Colombia son otros ejemplos de países donde hay programas que se han llevado a escala, destinados a niños muy pequeños.

En la Fundación Bernard van Leer estamos haciendo todo lo que podemos para contribuir a que esta tendencia siga adelante. Uno de nuestros tres objetivos estratégicos es afrontar el reto de llevar a escala servicios que promueven el aprendizaje temprano sin que por ello se resienta la calidad, que está siempre en riesgo cuando los proyectos a pequeña escala se implementan a escala mayor, especialmente en comunidades tribales, aisladas o sumamente empobrecidas, donde existe una necesidad específica de responder con flexibilidad a los contextos locales. El éxito requiere no solo voluntad política e inversión económica, sino también capacidad técnica, conocimiento logístico y capacidades de gestión.

En los siguientes artículos, podrá leer acerca de algunas iniciativas que la Fundación está respaldando, así como de un contexto mayor y de distintos avances a nivel más amplio. Comenzamos en la página 7 con Joan Lombardi y Rebecca Sayre, que examinan los datos disponibles para proporcionar una visión general de lo que sabemos – y de lo que no sabemos – sobre el estado del aprendizaje temprano entre los niños de 0 a 3 años. Seguidamente,

en la página 14, volvemos la mirada a la neurociencia de la mano de Saul Cypel, que explica los hechos físicos que ocurren en el cerebro de los niños muy pequeños cuando aprenden.

En la página 20, David Kritt proporciona una valiosa perspectiva a partir de Vygotsky sobre el aprendizaje en la primera infancia, en la que explica por qué deberíamos conceptualarlo como un proceso de construcción conjunta entre los niños y las personas que les rodean. La OMS y UNICEF trabajan conjuntamente en un proyecto denominado *Care for Child Development* (Cuidado para el Desarrollo Infantil), que ayudará a los cuidadores a favorecer el aprendizaje de sus niños pequeños, y que se explica en la página 26.

Necesitamos más datos para comprender cómo aprenden los niños pequeños y cómo podemos ayudarles en su aprendizaje, y en la página 32 puede leerse sobre cómo el Banco Interamericano de Desarrollo está en proceso de desarrollar indicadores en cuatro países de América Latina. Sin salir de América Latina, en la página 37 hablamos con Osmar Terra, antiguo médico pediatra que posteriormente ingresó en la política y que ideó el aclamado programa *Primeira Infância Melhor* (Primera Infancia Mejor) en el estado brasileño de Río Grande del Sur.

En la página 40 puede leer sobre el modo en que Colombia está empleando con éxito los sistemas existentes de visitas al hogar para promover una mayor variedad de actividades y de materiales de juego en hogares pobres con niños pequeños. En la página 46, Venita Kaul explica los esfuerzos que se están realizando en la India para definir el derecho al desarrollo integrado de la primera infancia, que podría servir para apuntalar la provisión de servicios de aprendizaje en la primera infancia.

Susan Walker y Susan M. Chang, en la página 51, examinan las pruebas disponibles para orientar las políticas públicas sobre las visitas al hogar y otros tipos de intervención para el aprendizaje en la primera infancia. En la página 57, se nos explica cómo tres municipios de Perú están implementando programas

de visita al hogar con la ayuda de un capital inicial y de apoyo técnico, un esfuerzo que tiene considerable potencial de ser replicado y llevado a escala. De nuevo en Brasil, el impresionante Programa *Mãe Coruja* en el estado de Pernambuco se describe en la página 61.

¿Cómo pueden los padres participar más activamente a la hora de apoyar el aprendizaje temprano de sus hijos desde la primera infancia? Esa es la pregunta que plantean el Fatherhood Institute del Reino Unido y Promundo en Brasil, en un artículo incluido en la página 64. A continuación, en la página 66, Harouna Ba y Loulou Bangura exploran el modo en que la tecnología móvil contribuye a mejorar el seguimiento y la salud infantil en las zonas rurales aisladas, gracias a aplicaciones que potencian también el aprendizaje temprano. Por último, pero no por ello menos importante, Yiğit Aksakoğlu comparte la inspiradora historia de cómo un centro guardería de la ciudad turca de Diyarbakır está transformando las actitudes de la comunidad local hacia las prácticas adecuadas de crianza.

Esperamos que estos artículos constituyan una fuente de información y de inspiración, pero somos muy conscientes de que todavía tenemos mucho que aprender acerca de los mejores modos de apoyar el aprendizaje de los niños pequeños en el periodo crucial de sus primeros años de vida. Le invitamos a unirse a nosotros en espacioparalainfancia.org, donde hallará los artículos de estas páginas, presentados en un formato al que puede aportar sus comentarios y que es posible compartir a través de los medios sociales.

Proporcionando un camino para el éxito en la primera infancia: asegurar la base para el aprendizaje

Joan Lombardi, Colaboradora principal, Fundación Bernard van Leer, y Rebecca Sayre, Asesora internacional en el desarrollo de la primera infancia.

¿Qué políticas y programas pueden promover el aprendizaje entre el grupo etario de 0 a 3 años? Este artículo examina lo que ya sabemos acerca del estatus de los niños de esa edad; además, subraya por qué las políticas en materia de primera infancia deben ser integradas y exhaustivas, proporcionando un apoyo constante; por último, sugiere una agenda para el cambio, para garantizar que los niños pequeños sobrevivan y prosperen, crezcan y aprendan.

La falta de una nutrición adecuada o de estimulación en los primeros años – especialmente desde la concepción hasta la edad de dos años – tiene consecuencias negativas perdurables a lo largo de la vida sobre la capacidad del niño para aprender, crecer y realizar su aportación a la sociedad.

Jim Yong Kim, presidente, Grupo Banco Mundial, 2013

La idea de que el aprendizaje de los niños se inicia cuando estos llegan a la puerta de la escuela – o incluso del centro de educación preescolar – está siendo reemplazada gradualmente por una creciente comprensión de que “el aprendizaje comienza en el momento del nacimiento” (Haddad y otros, 1990). Las pruebas cada vez más numerosas, procedentes de campos tan dispares como la neurociencia o la economía, profundizan nuestra comprensión de que lo que ocurre durante el periodo prenatal y en los primeros 3 años de la vida de un niño tiene un profundo impacto sobre su capacidad para salir airoso cuando se enfrenta a la educación formal, y más tarde en su vida adulta.

Sin embargo, las políticas y los servicios destinados a la primera infancia han tardado en reflejar esta creciente comprensión. Para los niños muy pequeños, en las interacciones receptivas con los padres y con otros cuidadores es donde comienza el aprendizaje. Es la relación con los adultos cuidadores la que proporciona el primer entorno educativo para los niños. Los recién nacidos y los bebés dependen de los adultos que les cuidan para cubrir sus necesidades básicas, y estos deben ser receptivos a sus señales, para contribuir de

esa manera a establecer un vínculo firme. A su vez, ello conduce a que el niño desarrolle la confianza en sí mismo, la curiosidad, la persistencia y otros comportamientos que son tan esenciales para el aprendizaje permanente. Al mismo tiempo, los niños en el hogar y en los centros de guardería necesitan estar inmersos en el lenguaje, ya desde el principio, para poder convertirse en estudiantes exitosos en la escuela primaria.

Mientras que la buena salud y la nutrición son fundamentales para el desarrollo, y en particular durante los primeros años de vida, estos servicios esenciales no bastan por sí mismos. Las prácticas adecuadas de crianza y el apoyo familiar, así como un servicio de guardería de calidad para las familias trabajadoras son esenciales para que los niños tengan un buen comienzo en la vida.

Este artículo explica por qué reconocer que el aprendizaje comienza en la primera infancia requiere servicios más integrados y exhaustivos, y qué prioridades políticas eso implica. Pero, en primer lugar, establece un escenario base al sondear parte de lo que sabemos sobre el estatus de los niños pequeños a nivel mundial en relación a los factores que respaldan su desarrollo saludable en general y, en consecuencia, su capacidad de aprendizaje.

¿Qué es lo que sabemos acerca del estatus de los niños pequeños?

Cada año nacen más de 130 millones de niños, en su mayoría en los países de ingresos medios y bajos (UNICEF, 2012a). Aunque la mortalidad infantil se ha reducido un 41% desde 1990, en el año 2011 murieron 6,9 millones de niños antes de cumplir los 5 años, en muchos casos por causas tratables y prevenibles. Más de un tercio de esas muertes son atribuibles a una nutrición deficiente; entre otras causas principales se incluyen también complicaciones en el parto, neumonía, diarrea y malaria (UNICEF, 2012b).

Los factores que amenazan o que promueven la supervivencia de un niño casi siempre son los mismos que favorecen o que limitan su desarrollo saludable

Tabla 1 Prevalencia y número (en millones) de niños menores de 5 años en situación desfavorecida, por región

	Población menor de 5 años (millones).	Porcentaje que vive en la pobreza.	Cifra que vive en la pobreza (en millones).	Porcentaje con retardo en el crecimiento	Cifra con retardo en el crecimiento (millones).	Porcentaje con retardo en el crecimiento, pobreza, o ambos.	Cifra con retardo en el crecimiento, pobreza, o ambos (millones).
África Subsahariana	117.0	46%	54.3	37%	43.7	61%	70.9
Oriente Medio y Norte de África	44.1	4%	1.6	21%	9.1	22%	9.9
Sur de Asia	169.3	27%	46.3	39%	65.6	52%	88.8
Este Asiático y Pacífico	145.7	11%	16.6	17%	25.2	23%	33.6
América Latina y Caribe	56.5	10%	5.9	14%	7.9	19%	10.8
Europa Central y Oriental	26.4	4%	1.0	16%	4.2	18%	4.7
Países en vías de desarrollo	559.1	22%	125.6	28%	155.7	39%	218.7

Fuente: Grantham-McGregor y otros, 2007

y el aprendizaje temprano. Algunos de los factores más importantes son: pobreza y desigualdad, salud y bienestar maternos, salud y nutrición en la primera infancia, y experiencias en la primera infancia; todos ellos se examinan a continuación. Desafortunadamente, los datos son limitados, y allí donde existen suelen corresponder al grupo etario de 0 a 5 años en conjunto, lo que dificulta concretar los datos correspondientes a los primeros 3 años.

Pobreza y desigualdad

Se calcula que el 25% de la población vive bajo el umbral internacional de la pobreza, establecido en 1,25 dólares diarios (Banco Mundial, 2008), y un porcentaje mucho mayor apenas supera esa cifra. En 2007, se calculó que 200 millones de niños menores de 5 años que viven en países de ingresos medios o bajos no consiguen alcanzar su potencial de desarrollo debido a la pobreza y al retardo en el crecimiento (Grantham-McGregor y otros, 2007); véase la Tabla 1. Sin embargo, las desigualdades también aumentan en los países más ricos, donde los niños y los jóvenes tienen ahora una probabilidad un 25% mayor de caer en la pobreza que el total de la población (OCDE, 2008).

Aunque muchos niños sobreviven a las condiciones adversas que conlleva una primera infancia en la

pobreza, tales condiciones socavan el potencial de este periodo del desarrollo; además, pueden contribuir al estrés familiar, poner en riesgo el bienestar de la familia e impedir el acceso a servicios sanitarios y a las ricas experiencias que son tan fundamentales para el aprendizaje en la primera infancia. El impacto acumulativo incrementa la posibilidad de generar consecuencias a largo plazo.

Salud y bienestar maternos

Las madres y los niños necesitan una atención continuada, desde el periodo anterior a la concepción, hasta el embarazo y el parto, y a lo largo de los primeros años de vida (CSDH, 2008). Como expresó Save the Children en su informe anual (2012) *State of the World's Mothers* (*Estado de las madres en el mundo*):

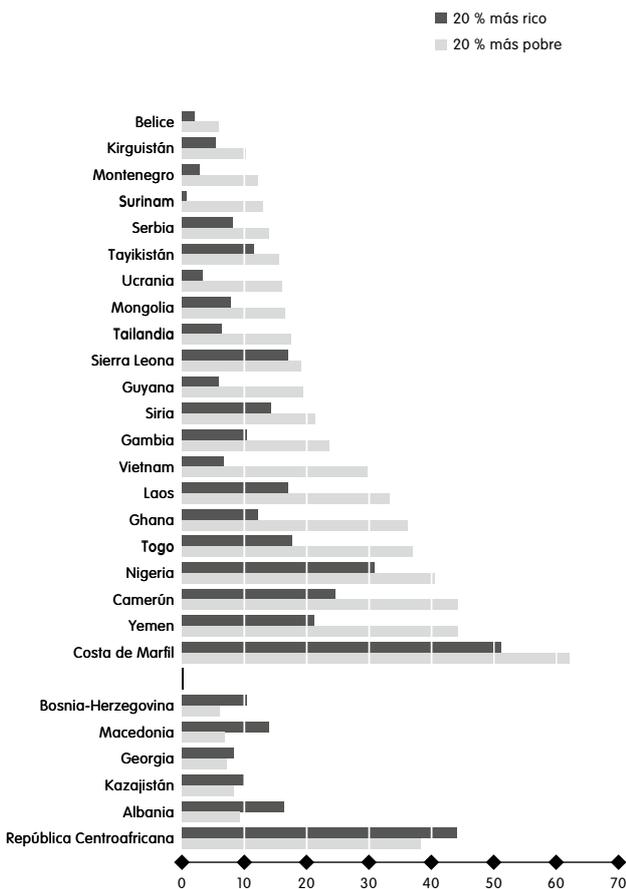
Si una madre queda empobrecida, trabaja en exceso, o tiene una educación y una salud deficientes, quizá no pueda alimentar adecuadamente a su bebé, lo que tiene consecuencias en su mayor parte irreversibles.

No solo la salud de las madres, sino también su acceso a la educación, son importantes para el desarrollo a largo plazo de los niños. En las últimas cuatro décadas, el incremento global en la educación de las mujeres ha prevenido más de 4 millones de muertes infantiles. Las mujeres con formación tienen mayor probabilidad de

retrasar la crianza infantil, de resistir a la violencia y de participar en el proceso político. Sin embargo, la alfabetización de las mujeres adultas continúa siendo un problema. En al menos 63 países de todo el mundo, las mujeres jóvenes procedentes de hogares pobres tienen una formación significativamente menor que las que proceden de otros sectores de la sociedad (Secretaría General de las Naciones Unidas, 2012).

Gráfico 1 Niños menores de 5 años dejados solos o con cuidado inadecuado

Porcentaje de niños menores de 5 años que se han quedado solos o bajo el cuidado de otro niño menor de 10 años en la semana anterior, según quintiles de riqueza en el hogar



Nota: Este análisis incluyó 28 países, uno de los cuales (Uzbekistán) no mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los hogares más pobres y los más ricos, y por lo tanto quedó excluido del gráfico. Albania, Belice, y Bosnia-Herzegovina mostraron una diferencia estadísticamente significativa al nivel del 5 por ciento ($p \leq ,05$); los demás países mostraron una diferencia estadísticamente significativa al nivel del 1 por ciento ($p \leq ,01$). Cuando la dirección de la relación no ha sido coherente con el patrón esperado, el gráfico agrupa los países como corresponde.

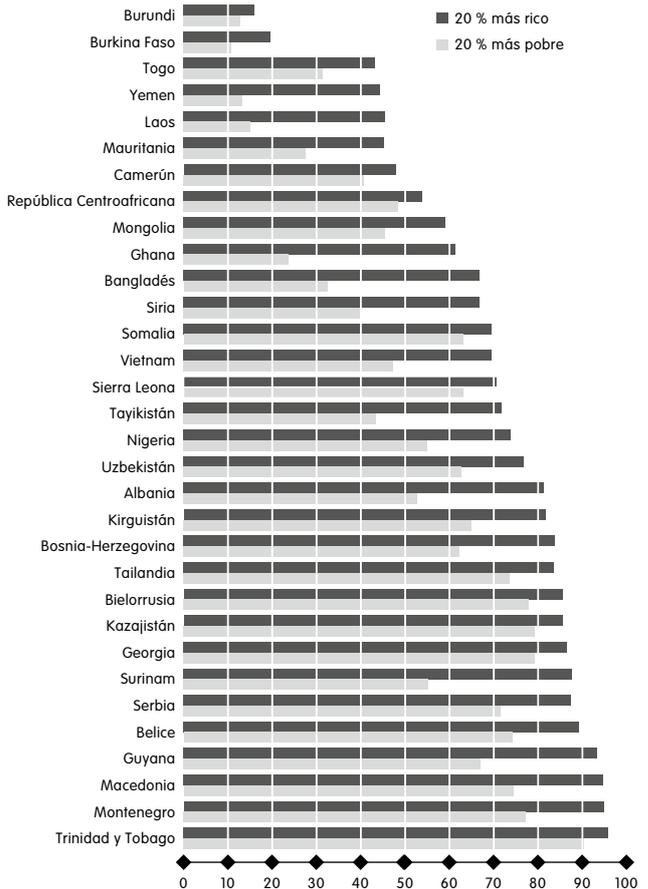
Fuente: UNICEF, 2012c

Salud y nutrición en la primera infancia

La falta de acceso a condiciones saludables de vida y a una nutrición adecuada continúa teniendo una importante repercusión sobre el desarrollo de los niños pequeños de todo el mundo. Se calcula que en el 15% de los nacimientos, los bebés presentan un peso inferior al normal, y que el 27% de los niños menores de 5 años de todo el mundo presentan deficiencias de moderadas a graves en su desarrollo (UNICEF, 2012a). Estos niños

Gráfico 2 Niños menores de 5 años que reciben aprendizaje durante la primera infancia en el hogar

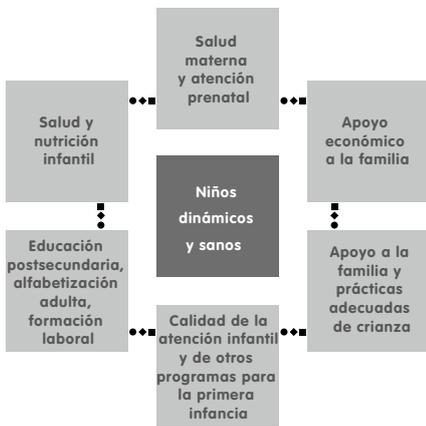
Porcentaje de niños menores de 5 años que han participado con un miembro adulto del hogar en cuatro o más actividades para promover el aprendizaje y la preparación escolar en los tres días anteriores, según quintil de riqueza en el hogar



Nota: Este análisis incluyó a 34 países, dos de los cuales (Costa de Marfil y Gambia) no mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre los hogares más ricos y los más pobres y, por lo tanto, quedaron excluidos del gráfico. Burundi y la República Centroafricana mostraron una diferencia estadísticamente significativa al nivel del 5 por ciento ($p \leq ,05$); los demás países mostraron una diferencia estadísticamente significativa al nivel del 1 por ciento ($p \leq ,01$).

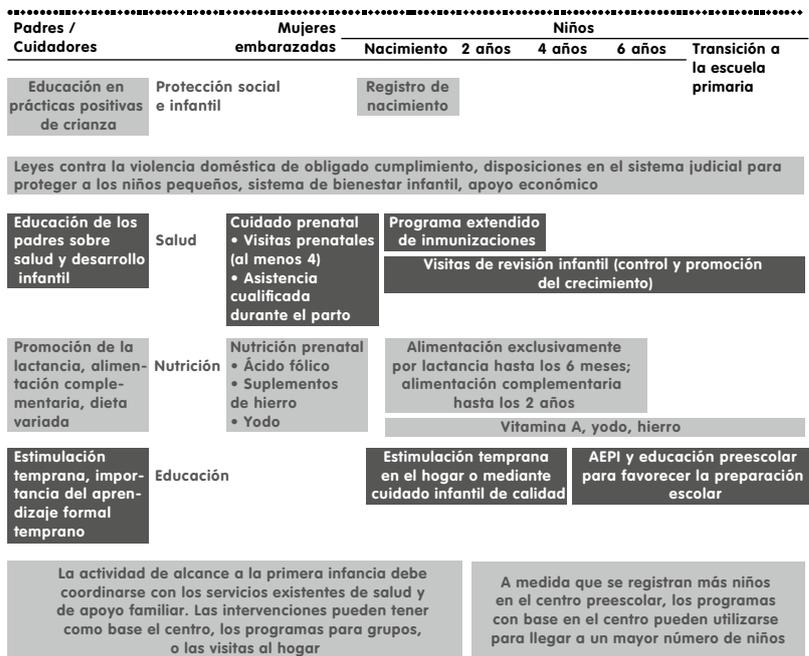
Fuente: UNICEF, 2012c

Gráfico 3 Un enfoque de dos generaciones para el desarrollo infantil saludable y satisfactorio



Fuente: autores

Gráfico 4 Intervenciones esenciales durante el desarrollo de los niños pequeños



Fuente: Adaptación del Enfoque SABER-ECD, Neuman y Devercelli, Banco Mundial, 2012

se encuentran en obvia desventaja para un desarrollo saludable, al igual que los numerosos niños vulnerables a la enfermedad a través del acceso al agua, a la sanidad y a la higiene deficientes. Tan solo el 37% de los bebés de todo el mundo es alimentado exclusivamente mediante lactancia en sus primeros 6 meses de vida (UNICEF, 2012a), y mientras que esto suele ser considerado como un problema de salud, la lactancia promueve también una interacción educativa y una estimulación que favorecen el desarrollo y el aprendizaje temprano.

Experiencias en la primera infancia

La ciencia de la primera infancia nos dice que lo que ocurre en los primeros años de vida puede tener un profundo impacto sobre el desarrollo cerebral (Shonkoff y Phillips, 2000). La calidad de las relaciones que los niños establecen con los padres y con otros cuidadores afecta a ámbitos del desarrollo que constituyen piezas fundamentales para el aprendizaje temprano, incluyendo los elementos socio-emocionales, cognitivos/ de lenguaje, y de bienestar físico (CSDH, 2008). Mientras que la mayoría de los padres desean lo mejor para sus hijos, muchos de ellos no están preparados para la paternidad: la falta de información, de apoyo familiar

y de recursos económicos socava el tipo de prácticas sensibles de crianza que permiten desarrollar relaciones de calidad entre el niño y su cuidador.

Por ejemplo, según los datos recogidos en más de 30 países, entre los niños de 2 a 4 años están ampliamente extendidas las formas violentas de disciplina, incluyendo el castigo físico y la agresión psicológica (UNICEF, 2012c). De acuerdo con los datos procedentes de más de 20 países sobre niños menores de 5 años, los niños más pobres se encuentran en un riesgo mayor de ser dejados solos o con cuidado inadecuado (véase Gráfico 1), lo que les expone a un riesgo mayor de lesiones, así como al abuso y a la negligencia (UNICEF, 2012c). La falta de permiso retribuido y de centros de cuidado infantil de calidad socava el bienestar familiar y pone en riesgo el desarrollo infantil.

Según los datos procedentes de más de 30 países recogidos entre familias con niños menores de 5 años, los niños de los hogares más pobres tienen también menor probabilidad que los niños de las familias más acomodadas de participar en actividades de aprendizaje en la primera infancia (UNICEF, 2012c); véase el Gráfico 2.



Aunque ha aumentado la concienciación pública sobre la importancia de los primeros años de vida, continúa existiendo una brecha entre lo que la ciencia nos explica y lo que el público general comprende y exige. Foto • Cortesía del programa Mãe Coruja Pernambucana

¿Qué políticas pueden contribuir al éxito en la primera infancia?

¿Cómo pueden promover las políticas el aprendizaje desde el momento del nacimiento? Son cada vez más las pruebas procedentes de todo el mundo que indican que reducir las desigualdades requiere intervenciones integradas, así como de gran calidad y dirigidas a los más vulnerables (Engle y otros, 2011). La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS, instó a la formulación de políticas que proporcionen 'equidad desde el principio' y que empleen 'un enfoque más integral en los primeros años de vida' (CDSS, 2008). Como ha observado Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (2013):

Hay tres ámbitos que constituyen bases fundamentales para promover la salud infantil: provisión de cuidado estable, receptivo y protector, con oportunidades para el aprendizaje; entornos físicos seguros y favorables; y nutrición adecuada.

Puesto que el desarrollo de los niños pequeños es modelado por su familia y la comunidad, las políticas y los programas deben abordar las necesidades de dos generaciones: tanto de los niños como de los adultos presentes en sus vidas, y especialmente de sus padres y de sus cuidadores directos (Ascend, 2012). Cuando se trata del aprendizaje en la primera infancia en el grupo etario de 0 a 3 años, adquieren especial importancia el apoyo a la crianza, incluyendo el permiso parental retribuido, el apoyo a la familia como el que proveen las visitas al hogar o los grupos sobre prácticas adecuadas de crianza, y la provisión de cuidado infantil de calidad. Además, muchas familias necesitan apoyo económico (como donaciones condicionales de fondos), así como oportunidades para la educación materna y la formación laboral (véase el Gráfico 3).

El apoyo a las prácticas adecuadas de crianza puede ser llevado a cabo de diversos modos: integrándolo en

los programas de salud o de nutrición de la comunidad (como el módulo Cuidado para el desarrollo infantil, descrito en el artículo incluido en la página 32), a través de programas de visita al hogar (suministrados por los centros de salud, educativos o de protección social) o a través de programas de apoyo al grupo familiar, como los grupos de madres y otros especialmente dirigidos a los padres. El foco de atención sobre las prácticas adecuadas de crianza no tiene necesariamente que terminar cuando el niño entra en el centro de guardería: de hecho, la participación de la familia debería ser un elemento clave de un programa de cuidado infantil de calidad, junto con personal debidamente formado, el espacio y los suministros adecuados, y la disposición en pequeños grupos.

“Tenemos que asegurar un camino al éxito, lo que incluye una serie de apoyos que contribuyen al bienestar infantil a lo largo de todo el periodo de la primera infancia, desde los 0 a los 8 años.”

Es importante que se comprenda que no existe una edad mágica o un programa individual que pueda garantizar el éxito. El desarrollo infantil se ve influenciado por las experiencias acumuladas en los primeros años, donde un periodo se inicia sobre la base del anterior. Tenemos que asegurar un camino al éxito, lo que incluye una serie de apoyos que contribuyen al bienestar infantil a lo largo de todo el periodo de la primera infancia, desde los 0 a los 8 años.

Las políticas de los distintos países suelen variar según la historia, los recursos y la estructura gubernamental, y existe gran potencial para que los países aprendan unos de otros cómo integrar y alinear mejor sus sistemas. La iniciativa Enfoque sistémico para lograr mejores resultados en educación (SABER, por sus siglas en inglés), del Banco Mundial, una herramienta que ha sido implementada en distintos países de todo el mundo, proporciona un análisis sistemático sobre un conjunto

exhaustivo de políticas y de programas, que abarcan desde la atención prenatal al registro de nacimiento, pasando por el apoyo económico y la enseñanza preescolar; véase el Gráfico 4 (Neuman y Devercelli, 2012).

Próximos tres pasos adelante

En los últimos años, se ha prestado mayor atención pública a los primeros años de vida, y sin embargo las inversiones en materia de salud y de educación de los niños muy pequeños todavía están muy a la zaga. ¿Qué puede convencer a los países y a los donantes internacionales para que inviertan mayores recursos para promover el aprendizaje que comienza en el momento del nacimiento? Hay tres factores cruciales.

1 Mejorar los datos

Aproximadamente la mitad de los nacimientos del mundo todavía quedan sin registrar (UNICEF, 2012a), lo que da lugar a graves lagunas de datos relativos a los primeros 3 años de vida, de importancia crucial. Aunque UNICEF ha conseguido avances en el desarrollo de indicadores para niños menores de 5 años y pese a que existe un número creciente de estudios de cohortes de nacimientos que se llevan a cabo en todo el mundo, se necesitan nuevas iniciativas para extender el registro del nacimiento, para desarrollar mejores medidas de bienestar infantil, y para desglosar los datos nacionales e internacionales por edad, nivel de pobreza, comunidad y otras características demográficas. Únicamente con la presentación de pruebas sólidas sobre el estatus del desarrollo de los niños, desde el nacimiento y a través de los primeros años de vida, así como de las pruebas crecientes de todo aquello que funciona para mejorar esos resultados del desarrollo, podemos esperar incrementar las inversiones.

2 Coordinar la planificación

Puesto que los ámbitos del desarrollo están integrados, las políticas para la primera infancia deben abordar las necesidades de los niños de manera global. Ello exige un enfoque coordinado a lo largo de las agencias públicas y de todo el periodo de desarrollo. Se necesita la planificación coordinada de todos los sectores de la

salud, la educación, la protección social y la protección infantil, tanto a nivel internacional, nacional, como de la comunidad. En los últimos años, han surgido ejemplos prometedores de coordinación intersectorial en países como Jamaica y Chile. Se requiere una alineación tanto vertical como horizontal de las políticas, para garantizar la continuidad, incrementar la eficacia y promover mejores resultados para los niños.

3 Aumentar la concienciación pública

Aunque ha aumentado la concienciación pública sobre la importancia de los primeros años de vida, continúa existiendo una brecha entre lo que la ciencia nos explica y lo que el público general comprende y exige. En esta era de medios de comunicación y nuevas tecnologías, tenemos nuevas oportunidades para incrementar la concienciación pública y para influenciar el comportamiento de los padres y de los responsables de la formulación de las políticas. Para conseguirlo, tenemos que establecer colaboraciones y atraer a nuevos aliados: desde la comunidad empresarial hasta el personal responsable de hacer cumplir la ley, pasando por los profesionales de la salud y las organizaciones religiosas. Debemos seguir difundiendo el derecho del niño a un buen comienzo en la vida, y la importancia de la inversión en la primera infancia para la educación, la salud y el bienestar de las naciones. Mientras que la primera infancia no se convierta en un asunto de todos, continuará siendo una cuestión marginal, sin recibir la atención ni los recursos suficientes para marcar la diferencia.

Hoy más que nunca, comprendemos tanto la importancia de los primeros años de vida como los elementos clave del éxito. Ningún programa puede conseguir los mejores resultados de manera aislada. A medida que avanzamos hacia el periodo posterior a 2015, tenemos la oportunidad de redirigirnos hacia los primeros años del desarrollo. Tenemos que apoyar a las familias a lo largo de todo el curso de la vida, y proporcionar una continuidad de servicios de calidad que puedan mejorar la trayectoria que conduce al aprendizaje permanente para todos los niños del mundo.

Referencias

- Ascend. (2012). *Two Generations, One Future: Moving parents and children beyond poverty together*. Washington, DC: Aspen Institute.
- Banco Mundial. (2008). *World Development Indicators 2008*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Chan, M. (2013). Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. *Lancet*, 381: 1514–15.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS.
- Engle, P., Fernald, L., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafzai, A. y otros (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9799): 1339–53.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter L., Strupp, B. e International Child Development Steering Group. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369: 60–70.
- Haddad, W.D., Colletta, N.J., Fisher, N., Lakin, M. y Sutton, M. (1990). *Meeting Basic Learning Needs: A Vision for the 1990s*, Documento de referencia, Conferencia Mundial sobre Educación para Todos (WCEFA), Jomtien, Tailandia, 5 a 9 de marzo. Nueva York, NY: Inter-Agency Commission for WCEFA.
- Jim Yong Kim. (2013). Reaching the classroom is just the first step. *Huffington Post*, 18 de abril. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/jim-yong-kim/reaching-the-classroom-is_b_3103855.html (último acceso, abril de 2013).
- Neuman, M.J. y Devercelli, A.E. (2012) *Investing Early: What policies matter? A framework paper for Systems Approach for Better Education Results (SABER) – Early Childhood Development*. Washington, DC: Red sobre Desarrollo Humano, Banco Mundial.
- OCDE. (2008). Income inequality and poverty rising in most OECD countries. Comunicado de prensa, 21 de octubre. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/incomeinequalityandpovertyrisinginmostoecdcountries.htm> (último acceso, abril de 2013).
- Save the Children. (2012). *Nutrition in the First 1,000 Days: State of the World’s Mothers 2012*. Comunicado de prensa, 8 de mayo. Informe disponible en: <http://www.savethechildren.ca/document.doc?id=195> (último acceso, abril de 2013).
- Secretaría General de las Naciones Unidas. (2012). *Education First: An initiative of the United Nations Secretary General*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
- Shonkoff, J. y Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- UNICEF. (2012a). Tablas estadísticas. En: *The State of the World’s Children: Children in an urban world*. Nueva York, NY: UNICEF.
- UNICEF. (2012b). *Levels & Trends in Child Mortality: Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. Nueva York, NY: UNICEF.
- UNICEF. (2012c). *Inequities in Early Childhood Development: What the data say: Evidence from the Multiple Indicator Cluster Surveys*. Nueva York, NY: UNICEF.

Lo que ocurre en el cerebro de los niños muy pequeños durante el proceso de aprendizaje

Saul Cypel, Asesor técnico, Programa para la Primera Infancia, Fundación Maria Cecília Souto Vidigal, São Paulo (Brasil)

La neurociencia está demostrando de manera creciente que los conceptos comunes sobre la crianza de los niños han de ser revisados y ajustados si queremos educar a individuos que construyan sociedades armoniosas, hospitalarias, respetuosas y productivas. Este artículo explica lo que ocurre a nivel físico en el cerebro de los niños cuando aprenden, incluso antes del nacimiento y durante sus primeros años de vida, en un proceso que establece las bases sobre las que podrán desarrollarse nuevas estructuras en su vida posterior.

El desarrollo neurológico de los niños en los primeros años de su vida es un proceso constante, pues todo nuevo aprendizaje se apoya sobre lo aprendido anteriormente. Por ejemplo, un niño comienza a mantener la cabeza erecta mientras está en el regazo de su madre, entre el tercer y el quinto mes de vida. Para poder incorporarse por ellos mismos, los niños tienen que poder mantener recta su propia cabeza, y también deben mantener una postura correcta de la parte superior del tronco, una habilidad que adquirirán tan solo entre el sexto y el décimo mes de vida. En una etapa posterior, para poder andar, los niños deben haber dominado la postura y el equilibrio de la cadera a lo largo de los estadios previos de aprendizaje que les permiten mantenerse en pie solos y dar sus primeros pasos; ese aprendizaje ocurre entre los 10 y los 18 meses de edad.

Tareas más complejas, como la discriminación auditiva y visual, o el desarrollo del lenguaje y de la atención, dependen también en gran medida de los pilares previos. Esta premisa es válida para todos los aspectos funcionales: no se producen omisiones en estas secuencias. Y estos avances no llegan de manera automática; se requieren tres condiciones interrelacionadas y mutuamente reforzantes para que se produzca el desarrollo:

- Estructura neurobiológica – el sistema nervioso, especialmente el cerebro, debe haber madurado y estar listo para el aprendizaje.
- Estímulo – los niños deben ser animados a aprender; por lo general, dichos estímulos los favorecen los padres, los parientes y los cuidadores.

Ilustración 1 Tubo neural

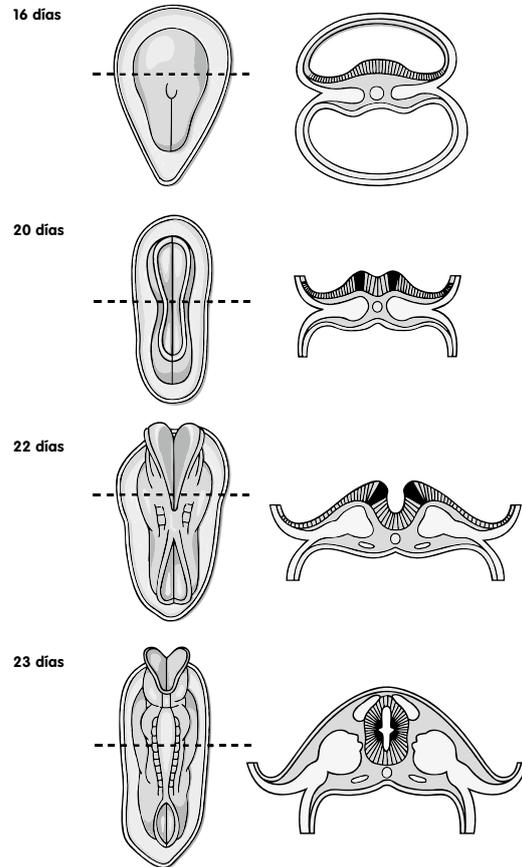


Imagen: Cortesía de LifeART Medical Illustrations

- Afecto – un entorno receptivo es clave para el establecimiento y la continuidad del desarrollo.

Cómo se forma el cerebro

La estructuración del sistema nervioso comienza ya en el útero, unas semanas después de la concepción, con la formación del tubo neural (Volpe, 2008), a partir del cual se desarrollan el cerebro, el tronco encefálico y la médula espinal (Ilustración 1).

A medida que transcurren las semanas, se producen modificaciones visibles que conducirán a la diferenciación de las diversas zonas del cerebro, dando lugar a la formación progresiva de los hemisferios cerebrales (Ilustraciones 2 y 3).

Ilustración 2 Desarrollo cerebral durante el embarazo

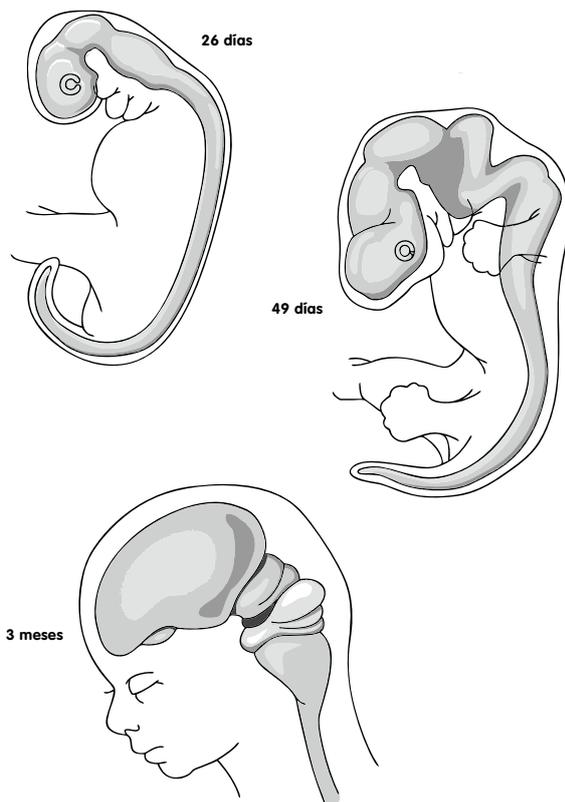


Imagen: Cortesía de LifeART Medical Illustrations

De manera simultánea, las microestructuras del cerebro experimentan modificaciones cada vez más complejas a medida que se organizan los circuitos neuronales, lo que prepara al individuo para la tarea del aprendizaje (Ilustración 4).

El proceso de madurez del cerebro tiene lugar en cuatro fases:

1 *Multiplicación neuronal*

Entre la semana décima y decimocuarta del embarazo, las neuronas juveniles comienzan un profuso proceso de multiplicación, dando lugar a alrededor de 90.000 millones de nuevas neuronas.

2 *Migración y organización de la arquitectura celular*

Una vez formadas, las neuronas migran hasta una ubicación predeterminada en alguna de las regiones

Ilustración 3 Cerebro del recién nacido

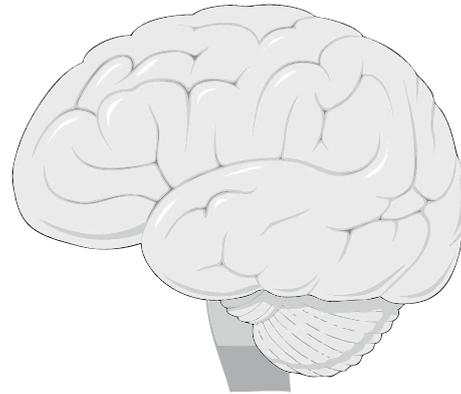


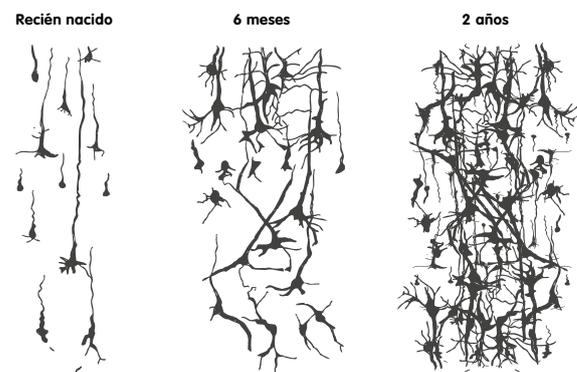
Imagen: Cortesía de LifeART Medical Illustrations

del cerebro. La “dirección” de cada neurona se define en una capa específica del córtex cerebral, de entre las seis capas existentes, y su posición debe ser la correcta para componer, en conjunto, lo que se conoce como “materia gris” (la capa más externa del cerebro).

3 *Sinapsis (conexiones entre neuronas)*

Una vez que llegan al lugar que les corresponde, las neuronas comienzan a interactuar entre sí a través de las dendritas y los axones, formando contactos que denominamos sinapsis. Estas conexiones reciben, conducen y diseminan información por todo el cerebro, formando una red de comunicación de la

Ilustración 4 Evolución de la organización del circuito cerebral



Fuente: Conel, 1959

Ilustración 5 Neurona y axón con vaina de mielina

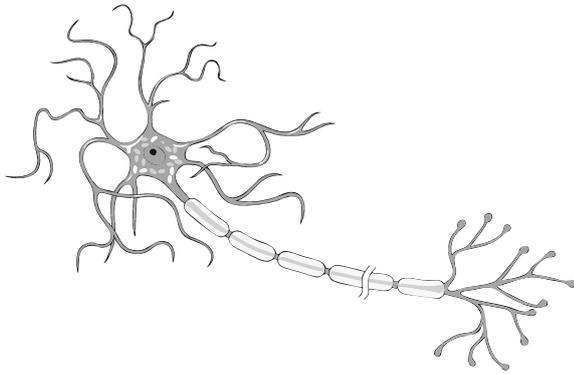


Imagen: Cortesía de LifeART Medical Illustrations

Ilustración 6 Conexión sináptica, en la que los neurotransmisores se muestran como puntos negros



Imagen: Cortesía de LifeART Medical Illustrations

máxima complejidad. Durante el primer año de vida, esta red se forma a la increíble velocidad de 700 nuevas conexiones por segundo.

4 *Mielinización (creación de la vaina de mielina en la neurona)*

Las conexiones que crean circuitos cerebrales van cubriéndose progresivamente de una vaina de mielina que, como la funda de los cables eléctricos, evita cortocircuitos y pérdidas durante la transmisión de la información. La mielinización comienza muy pronto en la vida, y continúa durante muchas décadas después, ofreciendo a los individuos la posibilidad de seguir aprendiendo de manera constante (Ilustración 5).

Cómo tiene lugar la comunicación en el cerebro

Para que una neurona transmita un estímulo a otra, se necesita un neurotransmisor: la sustancia que facilita el tráfico de información. Los neurotransmisores más importantes son la dopamina, la acetilcolina y la serotonina. Los producen los núcleos de neuronas específicas situadas en el bulbo raquídeo, la estructura del sistema nervioso central, entre el cerebro y la médula espinal. Los neurotransmisores favorecen el funcionamiento correcto de los circuitos cerebrales, promoviendo la comunicación entre las distintas partes del cerebro (Ilustración 6).

Genética y epigenética

Los procesos que modifican las estructuras cerebrales durante el embarazo vienen determinados en su mayor parte por la genética, al igual que ocurre con otros órganos, como el corazón y los pulmones.

Por otra parte, las modificaciones que tienen lugar tras el nacimiento también quedan influenciadas por las relaciones que establece el niño con las personas de su entorno, principalmente con sus cuidadores, que suelen ser el padre y la madre. Estos vínculos tienen la capacidad de modelar, ajustar y reorganizar las tendencias genéticas. Las transformaciones que son resultado de influencias externas se denominan epigenética (Mattick y Mehler, 2008). Por lo tanto, ciertos componentes genéticos podrían ser activados o no, dependiendo de la interacción del niño con los adultos. De ese modo, lo que se experimenta en los primeros años de vida determina el futuro de cada persona y, por lo tanto, el futuro de la sociedad (National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

Al mismo tiempo que crea nuevas neuronas y conexiones, el cerebro también elimina conexiones que no se utilizan, en un proceso denominado “poda cerebral”. La poda cerebral comienza inmediatamente tras el nacimiento, y se extiende hasta la adolescencia.

Ilustración 7 Periodos iniciales de desarrollo funcional

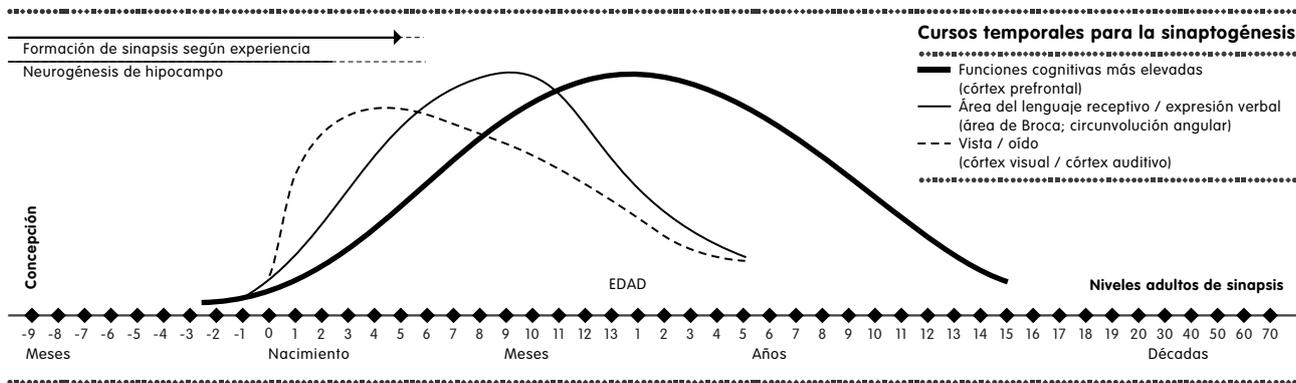


Imagen: Cortesía de C. Nelson

Esto significa que debe hacerse un uso del aprendizaje adquirido, o de lo contrario los circuitos cerebrales correspondientes podrían eliminarse.

Todo a su debido tiempo

Para que se produzca un determinado tipo de aprendizaje, existe un periodo “sensible” o “crítico”. Los distintos periodos comienzan en una fase muy temprana (Nelson, 2000): el periodo crítico para el desarrollo de las funciones auditivas y de otras actividades superiores del sistema nervioso, como las emociones, comienza cuando el niño se encuentra todavía en el útero (Ilustración 7).

Esto no equivale a decir que los niños que no reciben los estímulos adecuados durante el periodo crítico señalado no pueden adquirir nunca la función correspondiente en absoluto, pues la plasticidad cerebral nos permite seguir aprendiendo a lo largo de toda nuestra vida. Examinemos el lenguaje, por ejemplo: si, por alguna razón, el niño no recibe la estimulación adecuada durante el periodo más sensible – es decir, en torno a los primeros dos años – sino a una edad posterior, sin duda podrá desarrollar capacidades de lenguaje, aunque quizá presente cierta dificultad para la expresión oral y el aprendizaje en la escuela. Si bien cuando los estímulos se presentan demasiado tarde en la vida pueden producirse pérdidas o carencias, presentarlos demasiado pronto

(cuando la estructura cerebral todavía no está preparada para aprender y asimilar la nueva información) puede generar un estrés que interfiere con el desarrollo emocional (Bock y otros, 2005; Gunnar y otros, 2006; Shonkoff y otros, 2011).

Aprendiendo a llorar y a tranquilizarse

Desde el momento del nacimiento, el cerebro del bebé está listo para comenzar a interactuar con su entorno. A partir de sus primeras relaciones – casi siempre con los padres, parientes y cuidadores – el proceso de interacción establece un vínculo, conocido como apego (Bowlby, 1990; Winnicott, 1990; Cypel, 2007). Ese es el punto en que un niño, que al principio dependía totalmente de la protección y del afecto de los cuidadores, comienza el proceso de adquirir gradualmente autonomía, con el apoyo de los adultos.

La autonomía se adquiere de manera progresiva, muestra características específicas en cada edad, y depende del aprendizaje y de las destrezas adquiridas previamente, así como de las emociones experimentadas en el momento en que tuvo lugar dicho aprendizaje. Justo después del nacimiento comienzan a producirse los primeros aprendizajes, como pone de manifiesto el hecho de que los recién nacidos, aunque son totalmente dependientes, son capaces también de expresar de

manera clara cuándo tienen hambre. El llanto podría parecer una reacción muy simple, pero en realidad requiere un proceso interno muy complejo a nivel cerebral (Shore, 2002; Cypel, 2007). La amígdala, situada en el lóbulo temporal, reacciona a estímulos como el hambre, que representa un riesgo para la supervivencia, generando inseguridad y ansiedad. La ansiedad activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), lo que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a liberar hormonas: adrenalina, noradrenalina y cortisol. El efecto de estas hormonas en el cuerpo del bebé es que este se sienta incómodo, acelere su pulso, vaya enrojeciendo y finalmente estalle en llanto, advirtiendo así a la madre de que tiene hambre o de que está incómodo.

A medida que pasa el tiempo, si el bebé se da cuenta de que se satisfacen sus necesidades, esta información quedará registrada en su memoria: se tornará menos ansioso y no solicitará tantas cosas. Podríamos decir que su amígdala está aprendiendo a “comportarse mejor”, pues se siente reafirmado en que sus necesidades serán satisfechas y dejará de sentirse tan amenazado o en riesgo. A lo largo de los meses, un bebé aprende a esperar cuando la madre no está inmediatamente disponible, sin desesperarse ni sentirse desatendido por ello.

“Lo que se experimenta en los primeros años de vida determina el futuro de cada persona y, por lo tanto, el futuro de la sociedad.”

Preparando el futuro

Alrededor del primer año de edad, suele animarse a los bebés a utilizar una cuchara pequeña y a alimentarse ellos solos. En torno a la edad de 2 años la mayoría de los niños puede comer sin ayuda. Posteriormente, pueden vestirse por ellos mismos, esperar a que llegue su turno cuando están jugando, etc. Mediante la interacción con su entorno, y con la participación activa de los miembros de la familia, los niños desarrollan la autonomía que un día les permitirá socializarse adecuadamente.

Después llega la escuela y la adquisición de destrezas más complejas, junto con la capacidad de abordar las adversidades naturales de la vida durante el proceso de crecimiento.

Esta preparación comienza muy pronto en la vida, a través de los límites y de las reglas más elementales. Por lo tanto, es clave que el niño esté expuesto a las frustraciones que llegan de manera natural. Afrontar la rutina, las normas sobre lo que puede hacerse y lo que no, aprender a esperar y comprender que no siempre puede obtenerse lo que se desea de forma inmediata, son oportunidades que preparan para convertirse en un miembro adaptado a la sociedad en el futuro.

Todos estos beneficios que generan las destrezas adquiridas se representan en los circuitos cerebrales: todo lo que se aprende deja una impronta en el cerebro, ya se trate de destrezas motoras, emocionales o de cualquier otro tipo de aprendizaje.

Los bebés comienzan a desarrollar destrezas y a aprender el modo de abordar las demandas de su entorno de acuerdo a su nivel de madurez (Cypel, 2007). Primero mediante la imitación automática, evolucionan de manera gradual y asimilan la realidad al ser capaces de discernir y absorber las normas, los valores y las actitudes del mundo exterior: acciones que abarcan desde ponerse los calcetines hasta ordenar sus juguetes o cepillarse los dientes. Cada una de estas acciones es una preparación para objetivos más complejos que llegarán en la vida adulta, como puede ser organizar un viaje. Para llevar a cabo esta tarea, los adultos necesitan la capacidad de organizar, comprobar los pasos necesarios y soportar la frustración, con frecuencia teniendo que realizar correcciones para alcanzar el objetivo deseado. Esta capacidad organizativa compone lo que denominamos funciones ejecutivas (Fuster, 1997; Barkley, 2001; D’Esposito, 2002; Cypel, 2006). A nivel físico, los circuitos de las funciones ejecutivas se sitúan en la región prefrontal, y reciben la aportación de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), que se sitúan en distintas partes del cerebro.

Los niños comienzan a exhibir funciones ejecutivas desde una edad muy temprana: sus actos tienen una finalidad que requiere que controlen algunas fases en la secuencia correcta, corrigiéndose el curso de sus actos como sea necesario y comprobando el resultado final para ver si se ha llegado al objetivo. Este proceso va haciéndose cada vez más complejo, estableciendo la autonomía del niño y promoviendo el desarrollo de la capacidad de pensar.

Realizar una tarea de forma correcta exige que los individuos mantengan un objetivo en su mente durante la secuencia de acciones que deben emprender antes de conseguirlo. Lo que denominamos memoria “funcional” u “operativa” se caracteriza conceptualmente por esa capacidad de centrarse sobre un objetivo final. La falta de tal capacidad perjudica el aprendizaje y el desarrollo personal (Cypel, 2006). Esto puede observarse cuando los niños piden ayuda para las actividades elementales que deberían poder realizar por ellos mismos, como vestirse o hacer los deberes: si los adultos continúan realizando las tareas por ellos, en lugar de animarles a aprender a hacerlas, quizá los niños no adquieran las destrezas que necesitarán para adquirir un nuevo aprendizaje y desarrollo.

Conclusión

La estructura adecuada de la arquitectura cerebral durante los primeros años de vida es clave para preparar a los individuos y para proporcionar las condiciones necesarias con las que alcanzar el éxito en la vida. Podríamos comparar este proceso con la construcción de un edificio, en el que cada planta se levanta sobre la anterior, y el confort final que propicie el edificio dependerá de la calidad de los detalles del acabado. Mientras que la genética proporciona los materiales de construcción, el entorno y las experiencias personales del niño determinan el éxito con que esos materiales formarán una construcción sólida y satisfactoria (Trevarthen y Aitken, 1994; Cypel, 2006).

Es de la mayor importancia que se difunda el conocimiento sobre este proceso de una manera clara y comprensible para los profesionales, los administradores

públicos y los creadores de opinión que tienen la capacidad de llegar hasta las familias. Cuando los padres son más conscientes de la importancia de su función, es más probable que lleven a cabo la crianza de sus hijos de modos que contribuyan a su desarrollo mental. Deberíamos emplear nuestro esfuerzo en buscar la manera de ofrecer las condiciones más favorables para un entorno familiar que potencie el desarrollo de un ser humano integral e integrado.

Referencias

- Barkley, R.A. (2001). The executive functions and self-regulation: an evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychological Review* 11: 1–29.
- Bock, J., Gruss, M., Becker, S. y Braun, K. (2005). Experience-induced changes of dendritic spine densities in the prefrontal and sensory cortex: correlations with developmental time windows. *Cerebral Cortex* 15: 802–8.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda, I: Apego*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Conel, J.L. (1959). *The Postnatal Development of the Human Cerebral Cortex*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cypel, S. (2006). O papel das funções executivas nos transtornos de aprendizagem. En: Rotta, N. T., Ohlweiler, L. y Riesgo, R.S. (ed.) *Transtornos da Aprendizagem: Abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Pôrto Alegre: Artmed.
- Cypel, S. (2007). Humanization in newborn care: interpersonal relationships and their importance to the neurobiological organization. *Einstein* 5: 69–73.
- D'Esposito, M. (2002). Executive function and frontal systems. En: Schiffer, R.B., Rao, S.M. y Fogel, B.S. *Neuropsychiatry*, (2.ª ed.). Nueva York, NY: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fuster, J. (1997). *The Prefrontal Cortex: Anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobes*, (3.ª ed.). Nueva York, NY: Raven Press.
- Gunnar, M.R., Fisher, P.A. y The Early Experience, Stress, and Prevention Network (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology* 18: 651–77.
- Mattick, J.S. y Mehler, M.F. (2008). RNA editing, DNA recording and the evolution of human cognition. *Trends in Neurosciences* 31(5): 227.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-term Development*. Working Paper n.º 10. Cambridge, MA: National Scientific Council on the Developing Child.
- Nelson, C.A. (2000). The developing brain. En: Shonkoff, J.P. y Phillips, D.A. (ed.) *From Neurons to Neighborhoods: The science of early child development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Shonkoff, J.P., Garner, A.S. y otros (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 129: 232–46.
- Shore, A. (2002). Deregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 9–30.
- Trevarthen, C. y Aitken, K.J. (1994). Brain development, infant communication, and empathy disorders: intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology* 6: 597–633.
- Volpe, J.J. (2008). *Neurology of the Newborn* (5.ª ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Winnicott, D.W. (1990). *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do Desenvolvimento emocional*. Pôrto Alegre: Artes Médica.

La perspectiva de Vygotsky sobre el aprendizaje, la cultura y la enseñanza que marca la diferencia

David W. Kritt, Catedrático adjunto, Enseñanza, City University of New York, College of Staten Island, EE.UU.

Una suposición básica que por lo general no suele reconocerse y que además es errónea, afirma que el desarrollo del niño es el mismo en todas las culturas y en todas las épocas. Sin embargo, el desarrollo cognitivo no es simplemente un despliegue de capacidades que vienen dadas por la biología, por el hecho de añadir más información y de aumentar la capacidad de memoria, o por el de adquirir nuevo lenguaje. Tampoco consiste en la absorción pasiva de información externa. El psicólogo Lev Vygotsky (1896–1934) lo caracterizaría como una construcción en la que participan de manera conjunta el individuo y la sociedad, y que tiene diversas manifestaciones. Este artículo explora lo que la perspectiva de Vygotsky nos indica sobre el aprendizaje temprano en los niños muy pequeños.

Vygotsky (1978, 1934/1987) destacó los orígenes sociales, culturales e históricos del pensamiento. El proceso central de su teoría de desarrollo humano es la mediación lingüística. La posición de Vygotsky es única, y viene ilustrada por su explicación sobre el principio de la señalización (creación de signos) para el niño. Su postura difiere significativamente del análisis que realiza Piaget de los primeros intentos de un niño por asir un objeto. En la explicación de Piaget (1952/1963), primero el niño tantea con la mano, pero de manera gradual surge la coordinación entre el ojo y la extremidad, de forma que hay una mayor congruencia entre lo que el niño ve y lo que alcanza con la mano. La coordinación del pulgar y del dedo índice continúa perfeccionándose hasta que el niño puede alcanzar un objeto con seguridad, y asirlo. El centro de atención se dirige a la interacción del individuo con el mundo físico.

Vygotsky (1978) comienza también su planteamiento con un bebé que extiende la mano en la dirección de un objeto, pero la explicación que ofrece ilustra el modo en que incluso la actividad más básica tiene un origen social y cultural. El movimiento del bebé tiene un significado para la madre, cuya respuesta al intento fallido de agarrar un objeto establece su función como señalización. Finalmente, el niño comienza a comprender que el movimiento comunica la intención;

de eso modo la función cambia, pasando de un movimiento orientado al objeto a la comunicación con otra persona.

Además de emplear el lenguaje para comunicarnos, pensamos a través de él. A medida que los niños se desarrollan, superan la “inteligencia práctica” que precede a la expresión verbal, y pasan a emplear el habla para organizar el pensamiento. Vygotsky (1978) destacó que el uso del signo cambia el modo en que las funciones psicológicas se relacionan entre sí, y el modo en que se llevan a cabo las distintas actividades. Los niños pequeños utilizan la acción directa para abordar los problemas que no pueden resolver. El uso del lenguaje se limita a expresar verbalmente los deseos o a dirigirse directamente a un objeto. A esto se siguen intentos de utilizar una herramienta (por ejemplo, para golpear un objeto difícil) o de hablar sobre una acción que se ha realizado. A veces los niños detienen sus propios intentos y piden ayuda a un adulto, o le plantean una pregunta. Hacer una pregunta o solicitar ayuda mantiene la actividad e indica que el niño tiene un plan, pero que no puede realizarlo por completo. Cuando los niños pueden hablar sobre algo antes de hacerlo, tienen un mejor control sobre lo que están haciendo, pues ello ayuda a comprender tanto los objetos como los objetivos, e igualmente contribuye a realizar un seguimiento del propio comportamiento. El habla, que originariamente tuvo una función social y comunicativa, se internaliza y se emplea en el pensamiento. Cuando el discurso y la acción se integran, el niño puede emplear palabras para elaborar un plan, lo cual permite mucha mayor flexibilidad para resolver una tarea o para alcanzar un objetivo.

Juego y aprendizaje a partir de los compañeros

El juego es un elemento que contribuye de forma decisiva al desarrollo cognitivo y social, pero pocas veces recibe la atención adecuada por parte de los directores de escuela y de los responsables de la formulación de las políticas. En el juego, los niños se apartan del aquí y del ahora; y ello no es solo un logro simbólico, sino que también ayuda a los niños a abordar sus deseos no realizados. Vygotsky (1978) concibió que el juego imaginario reconfigura la joven “relación con la realidad” del niño. En lugar de que

un estímulo provoque una respuesta, los significados llegan a mediar entre la percepción de una situación y la acción; en otras palabras, la acción surge de las ideas.

Vygotsky argumentaba que, para implicarse totalmente en el juego, los niños han de observar cosas a las que normalmente no prestan atención, incrementando así la concienciación de los roles sociales y cambiando su relación con los objetos. En lugar de actuar según impulsos inmediatos, el niño sigue las normas de la situación imaginaria, y ello requiere una buena medida de autocontrol. Puesto que los deseos del niño guardan relación con la situación imaginaria, el significado llega a dominar la acción.

Los niños no siempre pueden vivir en un mundo imaginario, pero tal inmersión proporciona oportunidades para el aprendizaje que no proporciona la instrucción. El juego prepara al niño para entablar una relación con los significados que posteriormente son introducidos en la escuela. Además, el juego imaginativo prepara al niño para ver más allá de las realidades actuales de la sociedad; de esa manera, tiene el potencial de constituir el comienzo de la socialización hacia la participación plena en una sociedad democrática.

Aprendiendo de los adultos

Según Vygotsky, el aprendizaje no es un proceso de transmisión directa de información y de capacidades, ni una absorción pasiva de información externa, como explican las teorías tradicionales sobre el mismo. Tanto Vygotsky como Piaget sostienen que el desarrollo es un proceso activo, pero lo han representado de modo diferente: Piaget hace hincapié en el descubrimiento individual y en la invención o, en sus propios términos, en la construcción de conocimiento; por su parte, Vygotsky (1978) destaca la orientación y la capacidad personal, combinadas en un proceso de construcción conjunta.

El proceso básico de instrucción guiada confiere al profesor y al alumno una naturaleza interdependiente, donde la función principal del profesor no se limita a presentar nueva información. En los años de la primera

infancia, la responsabilidad principal del adulto es dirigir adecuadamente la atención del niño. Un buen profesor debe observar cuidadosamente el modo en que un niño enfoca una tarea, e interviene de forma que no solo valida y estimula aspectos correctos de su realización, sino que también redirige todo aquello que no conduzca a un resultado satisfactorio, sugiriendo un enfoque alternativo. Con ese fin se proporcionan apoyos sistemáticos para que un niño consiga un objetivo, comenzando con pistas generales pero proporcionando detalles más específicos a medida que el niño los solicita.

En las primeras interacciones sociales, tales como la lactancia, presenciamos lo que Daniel Stern (1977/2002) denomina la “danza” entre madre e hijo. La madre debe ajustar la posición del bebé en relación con la suya propia para optimizar los movimientos de succión de la lactancia y facilitar un resultado óptimo. Aquí, al igual que en la explicación anterior sobre la señalización, en la que la mediación de un adulto crea una función comunicativa significativa, el adulto trabaja con lo que el niño ya es capaz de hacer.

Con el proceso de desarrollo, se espera que el niño asuma nuevas responsabilidades en la misma medida que mejora su coordinación física. Por ejemplo, la ayuda de un adulto en el uso inicial de utensilios para comer podría incluir colocar las manos encima de las del niño cuando este sujeta un vaso lleno de líquido. Los propios utensilios se modifican también para ayudar en la transición; por ejemplo, existen cucharas adaptadas al tamaño infantil, o los “vasitos de bebé” (vasos cubiertos, con una pequeña abertura para beber). De manera similar, una tarea como atarse los cordones del zapato podría realizarse con la ayuda parcial de un adulto para completarla, de manera que el niño pueda realizar más fácilmente un paso importante en su aprendizaje. El adulto podría formar dos lazos con el cordón y doblar uno de ellos sobre el otro para crear un “túnel” a través del cual el niño debe estirar del otro lazo (una tarea difícil en sí para el niño, que requiere estirar del lazo y hacerlo pasar por la abertura). Tal técnica difiere notablemente de pedirle al niño que observe una acción y la repita, y opera de modo más eficaz.



Cuando el discurso y la acción se integran, el niño puede emplear palabras para elaborar un plan. Foto • Jon Spaull/Bernard van Leer Foundation

Este enfoque pedagógico también puede emplearse al trabajar con un niño en tareas más complejas. Un adulto puede guiar a un niño a resolver un rompecabezas, sugiriéndole características sobre las que prestar atención (como una forma redondeada específica o la búsqueda de una parte concreta de la figura principal). De manera similar, los adultos pueden plantear preguntas concretas, o bien proporcionar pistas para facilitar la realización de una tarea de clasificación, o persuadir al niño a que relate una historia más elaborada (una actividad importante que precede a las habilidades de lectoescritura), o ayudar a un niño que todavía no puede contar con seguridad, a decidir cuál de dos conjuntos de elementos “tiene más” (por ejemplo, comenzando un patrón de correspondencia uno a uno). Tales técnicas no son exclusivas de Vygotsky, aunque se da mucho mayor énfasis a la naturaleza social del aprendizaje y a la estrecha interdependencia del profesor y del alumno.

La Zona de Desarrollo Próximo

El concepto de Vygotsky más ampliamente debatido entre los educadores es la Zona de Desarrollo Próximo, o ZPD, por sus siglas en inglés. En contraste con el modelado del comportamiento, los adultos ayudan a los niños mediante indicaciones e incluso mostrándoles cómo

hacer algo concreto, pero de un modo que destaca los obstáculos superados en lugar de consistir simplemente en reproducir el comportamiento mostrado por un adulto. Ellen Langer (1997: 85–87) ofrece un argumento convincente para no solo mostrar cómo realizar una tarea y esperar a que el niño la repita. Para ello expone la presentación de una tarea sencilla bajo dos condiciones distintas: en una de ellas se muestra una solución, y en la otra se sugiere que hay varios modos de conseguir el objetivo. Por lo general, los participantes en la primera condición replican lo que se les ha mostrado; por el contrario, en la segunda condición se genera una gama sustancialmente mayor de soluciones creativas.

Según Vygotsky (1978), primero debemos examinar lo que los niños pueden hacer por sí solos y que representa una medida de desarrollo que ya se ha completado, que él denomina el nivel real de desarrollo. Este es el punto final en la mayoría de las situaciones de evaluación, donde un estudiante solo obtiene buenas valoraciones por lo que hace bien; los fallos de poca consideración no se tienen en cuenta en un test de coeficiente intelectual o a la hora de evaluar el nivel de los logros. Vygotsky aportó algo nuevo al señalar que existen problemas que un niño no puede solucionar de manera independiente, pero que sí puede resolver con ayuda. Por ejemplo, un niño podría completar una tarea que haya comenzado el profesor o un compañero, o servirse de algunas indicaciones para resolver un problema. La distancia entre el nivel efectivo de desarrollo del niño y lo que este puede hacer con ayuda equivale al desarrollo potencial del niño: esta es la Zona de Desarrollo Próximo, el área en que tiene lugar el desarrollo.

Vygotsky (1978) pone el ejemplo de dos niños de 10 años cuyos resultados en un test de coeficiente intelectual fueron los de un nivel mental de 8 años. Cuando los niños recibieron ayuda sobre problemas que no habían conseguido solucionar por sí solos, uno de los niños pudo resolver problemas correspondientes al nivel de un niño de 9 años, y el otro pudo resolver problemas para un nivel de 12 años. Vygotsky consideró que estos dos niños no eran mentalmente iguales, ya que trabajando con uno de ellos este podía mejorar sus resultados un poco, pero

el otro niño tenía potencial para trabajar a un nivel más avanzado.

La Zona de Desarrollo Próximo tiene profundas implicaciones para la enseñanza. La mayoría de los adultos comprende que debe situar el material que trata de enseñar a un nivel equivalente al desarrollo mental del niño. Es de sentido común. El riesgo que conlleva esta práctica es que el niño nunca es retado a dar más de sí. Por otra parte, todos los buenos educadores saben que los niños no pueden aprender algo que esté más allá de su capacidad de comprensión. Pero lo que un niño puede hacer con ayuda *no* está más allá de sus capacidades. En consecuencia, los profesores, los padres y otras personas que trabajan con niños deberían determinar lo que estos pueden hacer por sí mismos y dónde están los límites de lo que pueden hacer con ayuda de un adulto, y a continuación centrarse en el espacio que resulta entre ambas situaciones. Empleando la Zona de Desarrollo Próximo como guía para la instrucción, en lugar de aplicar un esquema de evaluación más punitivo, el trabajo de las escuelas sigue la dirección del potencial de los niños.

Se han hallado diferencias culturales notables en el uso de tales planteamientos con niños pequeños. Rogoff y otros (1993) realizaron un estudio donde se contrastaron distintos estilos de interacción entre los bebés de 12 a 24 meses y sus cuidadores. El par constituido por bebé y cuidador de la clase media urbana y de los residentes rurales analfabetos de la India, Turquía, México, así como el de la clase media de EE.UU. fueron caracterizados en extremo detalle, revelando diferencias en el modo en que los niños adquieren cierta semblanza de conocimiento adulto. En la educación formal, tal como la que se halla en las escuelas de estilo occidental, los adultos estructuran específicamente las situaciones con fines instructivos. Por otra parte, la instrucción informal suele tener lugar cuando no se excluye a los niños, permitiéndoles observar y participar en actividades con el apoyo de un tutor. Por ejemplo, las niñas mayas de México aprenden a tejer por observación, y después colaborando (en distintos grados) con las mujeres adultas. Los adultos ajustan las tareas según

su percepción de la capacidad del niño para llevarlas a cabo, y apoyan las tentativas de hacer cosas nuevas y de adquirir nuevas habilidades.

Con los niños más pequeños, esta ayuda se refleja principalmente en la forma de dirigir su atención y su participación en una charla relacionada con la tarea a realizar. Esta forma de orientación es evidente tanto en entornos naturales como en situaciones de investigación, en las que a un niño se le pueden presentar tareas como descubrir el funcionamiento de un objeto nuevo o tener que vestirse él solo. Una conclusión especialmente interesante que es los niños pequeños no pertenecientes a la clase media muestran resultados superiores a la hora de enfocar su atención hacia diversos eventos complejos que ocurren al mismo tiempo; esto contrasta con el patrón occidentalizado de la clase media, de centrar la atención principalmente en una sola cosa.

En un estudio fundamental realizado con niños algo más mayores de EE.UU. y de distintos niveles socioeconómicos, se hallaron diferencias clave en la interacción con los adultos, incluyendo el tipo de preguntas que se animaba a los niños a formular y la forma en que los adultos respondían (Heath, 1983). En este caso, los niños de familias con un estatus socioeconómico más bajo, apartados de las actividades de los adultos, fueron menos inquisitivos y mantuvieron una conversación menos elaborada con los adultos que los niños de clase media. Según estos resultados, el patrón de interacción de la clase media tiene una clara ventaja para los niños al llegar a la escuela.

El conocimiento explícito de la Zona de Desarrollo Próximo es importante en los países desarrollados, donde los niños no participan de las actividades de los adultos. Los planes de estudios están diseñados por expertos que en su mayor parte no tienen contacto con los niños. Por lo tanto, es especialmente pertinente como una alternativa al énfasis sobre el tipo de evaluación que actualmente domina la escolarización en los EE.UU. (véase Kritt, 2011). En lugar de instruir y de practicar la enseñanza según las pruebas evaluatorias, que proporcionan

un resumen numérico del rendimiento (a los fines de comparación con un grupo, con el rendimiento previo o con estándares normativos), su objetivo principal es contribuir al desarrollo intelectual del niño.

Instrucción formal y trayectoria del desarrollo cognitivo

Una comprensión más completa del funcionamiento actual del niño requiere entender tanto los orígenes de su desempeño actual como la trayectoria de su desarrollo y a dónde se encamina este. La comprensión espontánea se adquiere de forma muy temprana a través de la experiencia personal y de interacciones sociales sencillas (Vygotsky, 1934/1987). Este pensamiento es funcional, y basta para hacer cosas específicas en la vida diaria. En consecuencia, los niños pequeños piensan de un modo situacional que es inflexible. Las cosas que ocurren simultáneamente en la experiencia del niño son recordadas, y esas agrupaciones vienen definidas por similitudes visuales, no por categorías lingüísticas o por otras distinciones. Cuando comienzan a agrupar objetos, no lo hacen de modo sistemático: primero se centran en un atributo, y después en otro. En el final del periodo preescolar y en los primeros años de la educación elemental, los niños tienden a realizar agrupaciones de un modo aleatorio. Pongamos por caso que un niño selecciona una pluma verde, después una roja, después una manzana roja, y por último una pelota azul. Los vínculos entre los elementos tienen sentido cuando los tomamos por ese orden, pero no hay una coherencia con el grupo, que se basa en la apariencia y en la experiencia práctica, antes que en las palabras y en la lógica.

Aunque los niños pequeños no hacen las mismas distinciones que los adultos, suele ser difícil conseguir que un estudiante reemplace lo que funciona perfectamente bien en la vida diaria por conceptualizaciones abstractas. Durante los primeros años de escolarización, los niños entran por primera vez en contacto con lo que Vygotsky (1934/1987) denomina los conceptos “científicos”, que forman parte de un sistema formalizado. Esto se considera disociado de la experiencia práctica, flexible y generalizable a muchas situaciones. La participación de las emociones queda fuera de la deliberación. En la adolescencia, el

estudiante aísla atributos y puede utilizarlos de manera coherente para formar categorías; esas categorías se organizan por relaciones abstractas entre las cosas, no por propiedades concretas o funcionales. Una categoría tiene bastante coherencia y su relación con otras categorías puede estar bien definida y, a menudo, es implícita. Podemos agrupar las cosas de un modo, después de otro, y por último de otro. En una sala, podríamos dividir a todo el mundo según sexo, después según su altura, después según el color de los ojos, después por según quien es vegetariano, y así sucesivamente. En ocasiones, una persona podría acabar en un grupo, y en otras ocasiones en otro grupo.

“La comprensión espontánea se adquiere de forma muy temprana a través de la experiencia personal y de interacciones sociales sencillas.”

El requisito de tener que seguir las normas de un sistema racional es más probable que aparezca en la escuela que en la mayoría de las situaciones de la vida real. Pongamos por caso el siguiente problema: Juan tiene tres manzanas, y María tiene dos: ¿Cuántas manzanas tienen en total? Los niños de los primeros niveles podrían distraerse por apariencias superficiales, como el tamaño y el gusto de las manzanas; pero para cuando los niños tienen aproximadamente 7 años de edad o más, deben comenzar a poder emplear normas lógicas con independencia del contenido específico, ignorando todas las demás cosas que proporcionan textura a las experiencias de la vida real. Una persona escolarizada procede a enfocar un problema aislando ciertos aspectos esenciales de la situación.

Los escolares cuyos padres son analfabetos podrían mostrar especial resistencia a utilizar este tipo de pensamiento. Un método válido de reducir esa brecha es el uso de elementos que puedan manipularse (por ejemplo, el uso de botones para aprender a contar) para ayudar al estudiante a resolver problemas, proporcionándole un referente concreto o análogo al del

problema abstracto. Pero los elementos manipulables no se utilizan de manera espontánea; normalmente, el profesor tiene que sugerir su uso, y a veces incluso cómo usarlos. E incluso si el estudiante llega a realizar la tarea sirviéndose de ellos, eso no significa necesariamente que solucionar un problema abstracto en esencia constituya de manera automática un paso adelante.

La actividad práctica y el análisis teórico podrían ser compatibles en algunas situaciones, pero el énfasis en las tareas escolares y similares se aplica en dejar a un lado la experiencia personal, lo que no es fácil de conseguir. Es posible que incluso los estudiantes que son lo bastante inteligentes sencillamente rehúyan de una situación similar, lo cual podría explicar por qué tan pocos estudiantes continúan estudiando matemáticas más allá del nivel básico requerido. Cuando la resolución de problemas que realiza una persona ya no depende del contenido específico, puede perder su relación con la realidad cotidiana. En su estudio histórico llevado a cabo entre adultos no escolarizados de zonas rurales apartadas, Luria (1976) observó que en ocasiones los individuos responden que pueden utilizar un sistema de categorías sugerido cuando se les indica que lo hagan así, pero no porque sea significativo para ellos.

Nuevas herramientas conceptuales, como un conjunto de teoría y de ecuaciones algebraicas, facilitan un pensamiento matemático más complejo. De manera similar, las clasificaciones biológicas nos permiten superar las similitudes superficiales para realizar nuevos tipos de distinciones entre los animales. Pero estos nuevos modos de pensar no son inmediatamente atractivos; por ello, el profesor debe encontrar un modo de hacer que el nuevo método de comprensión sea significativo para los estudiantes. De manera óptima, el niño afrontará los problemas reales allí donde las viejas formas de pensamiento sean insuficientes y donde se haga evidente que las nuevas formas son útiles.

Otras consideraciones

Las ideas de Vygotsky sobre el aprendizaje y la cultura son atractivas. Sugieren nuevos modos de trabajar con los niños, pero no pueden utilizarse de un modo

formulado. Los adultos deben ser receptivos a las necesidades de los niños, a lo que estos son capaces de hacer y de entender, y a lo que podrían conseguir con la orientación precisa. No podemos esperar que la mayoría de los padres y de los profesores modifiquen sus prácticas de enseñanza por el mero hecho de leer algo acerca de la construcción conjunta y de la Zona de Desarrollo Próximo: ellos también necesitan orientación en el uso de nuevos modos de interactuar con los niños que tienen a su cargo.

Referencias

- Heath, S.B. (1983). *Ways with Words: Language, life, and work in communities and classrooms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kritt, D. (2011). Accountability to whom? Testing and social justice. A response to "Imagining No Child Left Behind freed from neoliberal highjackers". *Democracy and Education* 19(2): artículo 7. Disponible en: <http://democracyeducationjournal.org/home/vol19/iss2/7> (último acceso, mayo de 2013).
- Langer, E. (1997). *The Power of Mindful Learning*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Luria, A.R. (1976). *Cognitive Development: Its cultural and social foundations*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Piaget, J. (1952/1963). *The Origins of Intelligence in Children*. Nueva York, NY: W.W. Norton.
- Rogoff, B., Mistry, J., Goncu, A. y Mosier, C. (1993). Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 58(8): 1-179.
- Stern, D. (1977/2002). *The First Relationship: Infant and mother*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L.S. (1934/1987). Thinking and speech. En: Rieber, R.W. y Carton, A.S. (ed.) *The Collected Works of L.S. Vygotsky: Vol. 1. Problems of general psychology*. Nueva York, NY: Plenum.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Salud para el aprendizaje: el módulo Cuidado para el desarrollo infantil

Charlotte Sigurdson Christiansen, Oficial técnico, Chiara Servili, Oficial técnico, Tarun Dua, Oficial médico, y Bernadette Daelmans, Coordinadora, Organización Mundial de la Salud, Ginebra¹

La colaboración intersectorial es esencial para llegar hasta los niños pequeños, y el sector sanitario suele ser el mejor posicionado para proporcionar intervenciones que puedan promover el aprendizaje temprano en el grupo etario de 0 a 3 años. En este artículo, los autores presentan el módulo de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF, Cuidado para el desarrollo infantil (Care for Child Development), un conjunto de materiales basado en las pruebas reunidas, que pretende ayudar a los trabajadores del sector sanitario en su función de apoyo a los cuidadores para mejorar la sensibilidad, la receptividad y la estimulación psicosocial de los niños a su cargo.

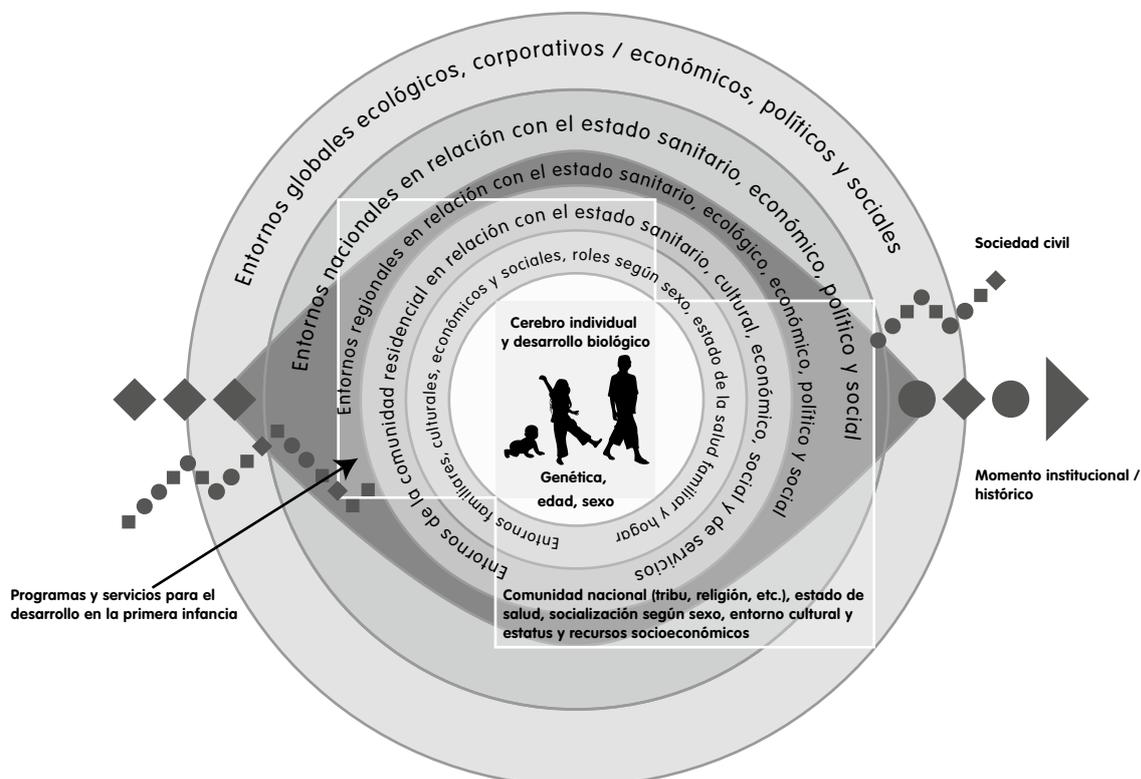
A principios del nuevo milenio, los líderes mundiales se comprometieron a mejorar la vida de los pobres de todo el mundo en el transcurso de una generación, durante el periodo de 1990 a 2015. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ONU) incluyen objetivos cuantitativos para mejorar los resultados en materia

de reducción de la pobreza, salud, educación, igualdad de género y protección del medio ambiente (OMS, en línea, a). Un requisito para alcanzar estos objetivos es la colaboración intersectorial: los objetivos en materia de salud no pueden alcanzarse sin las aportaciones procedentes de otros sectores.

En las últimas dos décadas, se han conseguido avances para mejorar la supervivencia infantil, y la mortalidad infantil (en menores de 5 años) ha descendido desde los 12 millones alcanzados en 1990 a los 6,9 millones en 2011 (OMS, en línea, b). Sin embargo, más de 200 millones de niños menores de 5 años de todo el mundo no alcanzan su pleno potencial de desarrollo. La mayoría de estos niños viven en el África subsahariana y en el Sur de Asia (Grantham-McGregor y otros, 2007).

Los entornos de la primera infancia son poderosos determinantes de la idoneidad del desarrollo de un niño, y pueden influir sobre su salud a largo plazo, así como

Gráfico 1 Esferas de influencia interdependientes e interrelacionadas para el desarrollo en la primera infancia



Fuente: Irwin y otros, 2007; OMS, en preparación, a

en su trayectoria de aprendizaje y de comportamiento. Los factores medioambientales que influyen sobre el desarrollo de un niño pequeño pueden ser próximos (como la economía de las familias), o distantes (como el entorno ecológico y político). El Gráfico 1 muestra una variedad de factores que influye sobre el desarrollo en la primera infancia.

Los programas para niños en situación desfavorecida que se introducen durante la primera infancia tienen un impacto mayor que los que se introducen en un estadio posterior (Engle *et al.*, 2007). Mientras que existe un reconocimiento claro de que el sector de la educación desempeña un papel importante en el desarrollo de la primera infancia, es el sector sanitario el único que interactúa con niños menores de 3 años y con sus familias. En la mayoría de los países, el sistema de atención sanitaria es el único que tiene potencial suficiente para llegar a todos los niños pequeños y a sus familias. Por lo general, las familias y las comunidades confían en el sistema de atención sanitaria y se mantienen en contacto con él, especialmente durante los primeros años de vida del niño (OMS, 2012a).

El sector sanitario está bien posicionado para influir sobre una diversidad de factores tanto próximos como distantes que afectan al desarrollo infantil, como son la calidad de la interacción entre padre e hijo; las oportunidades para la estimulación temprana; el entorno en el hogar y en la comunidad; y la política nacional en materia de atención a la primera infancia, que tendrá repercusiones sobre la calidad de la exposición al cuidado diario que un niño puede recibir. El sector sanitario opera a través de diversos mecanismos, incluyendo los servicios de asistencia sanitaria primaria, los servicios de visita al hogar y otras actividades y servicios comunitarios, todos los cuales son importantes para mejorar el desarrollo y el aprendizaje del niño.

Intervenciones que repercuten sobre el desarrollo infantil

Es fundamental un enfoque que se extienda durante el curso de la vida, para dar a los niños pequeños el mejor comienzo posible en la misma y la capacidad

de desplegar su pleno potencial de desarrollo. En un extremo del espectro, se está desvelando la fisiología del crecimiento fetal y los factores que influyen sobre la trayectoria de crecimiento del embrión, del feto y del recién nacido. En el otro extremo, los efectos a largo plazo de la inversión en el desarrollo de la primera infancia son cada vez más evidentes. Los estudios han demostrado que los niños en situación desfavorecida tienen mayor probabilidad de obtener mediocres resultados escolares y, en consecuencia, posteriormente tienen ingresos menores, un elevado índice de fertilidad, y proporcionan un cuidado deficiente a sus hijos, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la pobreza (Grantham-McGregor y otros, 2007).

Las intervenciones a lo largo del curso de la vida repercuten sobre el desarrollo en la primera infancia; sin embargo, existen dos periodos fundamentales para la intervención: el periodo de la adolescencia y el cuidado anterior a la concepción, y el periodo que abarca desde el cuidado prenatal y hasta que el niño tiene 3 años de edad.

La adolescencia es un periodo en el que la pubertad y la madurez cerebral conducen a un nuevo conjunto de comportamientos y de capacidades, que pueden modificar las trayectorias del desarrollo hacia la salud y el bienestar. Además, los adolescentes son agentes potencialmente poderosos de cambio personal y de acción en la comunidad (OMS, en preparación, a). Los adolescentes, las mujeres y los hombres deberían ser objeto de intervenciones en materia de atención previa a la concepción, con el objetivo de mejorar la salud y de reducir los factores que pueden contribuir a resultados deficientes para la salud materna e infantil (OMS, 2013).

Durante los años de la primera infancia, un entorno seguro y estable, una buena salud, una nutrición adecuada, una atención receptiva, las oportunidades para establecer vínculos emocionales y de apego, y la estimulación (oportunidades para el aprendizaje) son importantes para garantizar el desarrollo saludable del niño. En esos años, también es importante abordar la salud mental de la madre, pues ello influye sobre la

calidad de la interacción entre el niño y su cuidador. La depresión materna, incluyendo en entornos con prevalencia del VIH, sitúa a los niños en un riesgo especial de privación y de estimulación inadecuados. A su vez, las intervenciones que promueven el cuidado para el desarrollo del niño repercuten positivamente sobre la salud mental y el bienestar del cuidador (Engle *et al.*, 2007). El sector sanitario desempeña un papel importante a la hora de proporcionar intervenciones eficaces durante estos periodos de oportunidad y a través de un cuidado continuado, como se ilustra en el Recuadro 1.

Recuadro 1 Intervenciones que repercuten en el desarrollo de la primera infancia, provistas a través del sector sanitario

El sector sanitario desempeña un papel importante en el desarrollo durante la primera infancia

- *Adolescencia y preconcepción*: intervenciones para adoptar estilos de vida saludables y preparar para la paternidad a los adolescentes; intervenciones para prevenir la mortalidad y la morbilidad de las madres (p.ej., preeclampsia, diabetes gestacional) y para prevenir la mortalidad y la morbilidad infantiles (p.ej., defectos congénitos) (OMS, 2013)
- *Prenatal y perinatal*: intervenciones para prevenir los problemas durante el embarazo y el nacimiento (p.ej., nacimiento prematuro, defectos congénitos), optimizar el transcurso del embarazo (p.ej., tratamiento de la anemia, dieta, control de peso), y promover la salud mental y el bienestar maternos.
- *De 0 a 3 años*: intervenciones para promover el cuidado responsable y la estimulación temprana; apoyo a las prácticas adecuadas de alimentación a los bebés y a los niños pequeños (incluyendo la alimentación interactiva); prevenir y tratar las enfermedades infantiles de manera oportuna; detectar retrasos en el desarrollo y favorecer su remedio; apoyo a la salud mental de las madres.
- *Más de 3 años*: intervenciones de apoyo a la transición a la escuela (p.ej., programas de preparación escolar), y aprendizaje en centros de educación preescolar/de educación primaria favorables y seguros.

Fuente: OMS, en preparación, a

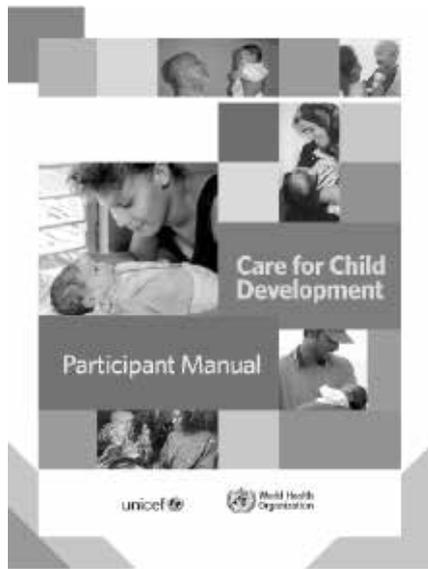
Los programas de intervención pueden ser facilitados o bien de manera vertical, o bien integrarse en los sistemas sanitarios ya existentes. Las intervenciones pueden tener como base el centro o el establecimiento clínico, y proporcionarse a través de las visitas al hogar o en las escuelas y centros de educación preescolar. Los programas de intervención con base en el hogar o en el centro sanitario que proporcionan orientación, educación o cuidado con frecuencia regular han demostrado su eficacia. Por otra parte, la provisión conjunta de distintas intervenciones ha demostrado tener un mayor efecto que cuando se administran solas. En relación con los diversos mecanismos de provisión, las intervenciones pueden administrarse por distintos grupos, como trabajadores en el ámbito del desarrollo en la primera infancia, personal sanitario, trabajadores de salud en la comunidad, colegas profesionales y profesores.

La OMS y UNICEF son dos organizaciones de Naciones Unidas con un extenso historial de trabajo en el ámbito del desarrollo en la primera infancia. Algunos de los módulos de intervención y de los programas desarrollados por estas organizaciones se mencionan a continuación.

Cuidado para el desarrollo infantil

El módulo Cuidado para el desarrollo infantil (OMS, 2012b) es un conjunto de materiales basados en las pruebas recogidas, desarrollado por la OMS y UNICEF, que complementa al módulo tradicional de intervenciones para la supervivencia infantil. La intervención se basa en las mejores pruebas disponibles de estimulación psicosocial y de la interacción entre el niño y su cuidador. Está dirigida a asesorar al personal sanitario y a otros orientadores en su función de apoyo a las familias para establecer relaciones más sólidas con sus hijos. La intervención puede emplearse por los trabajadores de la salud y de la comunidad, para proporcionar asesoramiento adecuado a los cuidadores de los niños pequeños según la edad de estos últimos, de manera que estimulen su desarrollo cognitivo, su desarrollo del lenguaje y su desarrollo socio-emocional mediante el juego y la comunicación. En última

instancia, la intervención contribuye a la estimulación psicosocial del niño, así como a la mayor sensibilidad y receptividad del cuidador.



El módulo Cuidado para el desarrollo infantil proporciona orientación a los cuidadores en distintos estadios de la vida del niño, desde el nacimiento hasta un periodo de 3 años. El módulo incluye orientación en materia de estimulación, consejo sobre lo que se debe hacer si no hay juguetes en el hogar, y orientación sobre cómo abordar casos de estrés materno u ocasiones en las que los cuidadores tienen poco tiempo para interactuar con el niño. Las destrezas enseñadas afectan a múltiples prácticas de cuidado infantil, incluyendo la alimentación de bebés y de niños pequeños, la protección de un niño ante un peligro inminente, y el modo de reconocer y solicitar atención cuando el niño está enfermo.

La intervención Cuidado para el desarrollo infantil es particularmente eficaz en combinación con el asesoramiento sobre alimentación del bebé y del niño pequeño (OMS, 1999, 2004). Con el fin de incrementar el acceso a los servicios esenciales de salud y de satisfacer las demandas de los países que necesitan materiales de formación para los trabajadores de la comunidad en el ámbito de la salud, los materiales del módulo Cuidado para el desarrollo infantil han sido adaptados e incluidos

en un curso formativo que lleva por título Cuidado para el desarrollo y crecimiento saludables del niño (*Caring for the Child's Healthy Growth and Development*) (OMS, en preparación, b). Este curso va dirigido a trabajadores del ámbito de la salud en la comunidad, y está diseñado para desarrollar sus capacidades de favorecer el cuidado infantil integrado en la misma (OMS, 2012c). El curso desarrolla conocimientos y capacidades para orientar en cuanto a la lactancia y a la alimentación complementaria; el juego y la comunicación; la prevención de lesiones y de enfermedades infantiles; y para reconocer las señales de enfermedad y saber cuándo es necesario llevar a los niños enfermos a un centro sanitario para recibir tratamiento. Los materiales promueven las visitas regulares al hogar durante el primer año de vida del niño, como continuación de Cuidado del recién nacido en el hogar (*Caring for the Newborn at Home*) (OMS, 2012d), un curso de formación que promueve las visitas al hogar durante el embarazo y después del parto.

La OMS trabaja para mejorar el desarrollo en la primera infancia

Para dar respuesta a la necesidad de pasar a la acción, la OMS está intensificando su trabajo en el ámbito del desarrollo en la primera infancia (Chan, 2013). En enero de 2013, la OMS convocó una consulta mundial que agrupó a participantes de distintas disciplinas relativas al desarrollo a lo largo de la vida.

Los mensajes clave obtenidos a partir de la reunión fueron:

- Los elementos determinantes que dan lugar a circunstancias adversas durante la primera infancia pueden encontrarse a lo largo de múltiples ámbitos y sectores, como la nutrición inadecuada, las enfermedades frecuentes, la falta de cuidado y de estimulación, la pobreza, el entorno deficiente, la formación insuficiente de los padres, y la violencia y el conflicto.
- Para avanzar hacia el desarrollo sostenible y la igualdad social, las agendas en materia de supervivencia y desarrollo infantil tienen que estar coordinadas.

Recomendaciones para un cuidado infantil que favorece el desarrollo

Recién nacido Del nacimiento a 1 semana	De 1 semana a 6 meses	De 6 a 9 meses	De 9 a 12 meses	De 12 meses a 2 años	De 2 años en adelante
<p>Tu bebé aprende desde el nacimiento</p>  <p>JUEGO Facilita a tu bebé formas de observar, escuchar, mover los brazos y las piernas libremente, y mantén el contacto con él. Tranquilízale, acarícialo y sostenlo con suavidad. El contacto piel con piel es positivo.</p>  <p>COMUNICACIÓN Mira a los ojos de tu bebé y habla con él (un buen momento para ello es cuando le estés amamantando). El recién nacido puede ver tu cara y escuchar tu voz.</p>	 <p>JUEGO Facilita modos de que tu hijo vea, escuche, sienta y se mueva libremente, y de que pueda tocarlo. Mueve lentamente objetos de color para que tu hijo los vea y los alcance. Juguetes sencillos: sonajero, o un aro grande sujeto a una cuerda.</p>  <p>COMUNICACIÓN Sonríe y ríe con tu hijo; habla con él. Mantén una conversación copiando los sonidos y los gestos de tu hijo.</p>	 <p>JUEGO Proporciona a tu hijo objetos caseros limpios y seguros para manipular, golpear y dejar caer. Juguetes sencillos: recipientes con tapas, frasco y cuchara de metal.</p>  <p>COMUNICACIÓN Responde a los sonidos e intereses de tu hijo. Llama a tu hijo por su nombre, y observa cómo responde.</p>	 <p>JUEGO Esconde un juguete favorito de tu hijo bajo un trapo o una caja, y observa si puede encontrarlo. Juega a esconder la cara bajo las manos y a mostrarla después.</p>  <p>COMUNICACIÓN Dile a tu hijo los nombres de las cosas y de las personas. Muéstrale cómo decir cosas con las manos, como "adiós". Juguete sencillo: muñeca con cara.</p>	 <p>JUEGO Dale a tu hijo cosas que apilar, o para introducir y sacar de recipientes. Juguetes sencillos: objetos que se puedan apilar o introducir en otros, recipientes y pinzas de colores.</p>  <p>COMUNICACIÓN Plantea preguntas sencillas a tu hijo. Responde a los intentos de tu hijo de hablar. Muéstrale la naturaleza, imágenes y cosas, y habla sobre ellas.</p>	 <p>JUEGO Ayuda a tu hijo a contar, a nombrar y a comparar cosas. Elabora juguetes sencillos para tu hijo. Ejemplos de juguetes: objetos de distintos colores y formas para ordenar, pizarra con tizas; puzle.</p>  <p>COMUNICACIÓN Anima a tu hijo a hablar, y responde a sus preguntas. Enséñale cuentos, canciones y juegos. Habla sobre imágenes o libros. Juguete sencillo: libro con ilustraciones.</p>
<p>◆ Dale a tu hijo afecto, y demuéstrale tu amor ◆ Sé consciente de los intereses de tu hijo, y responde a ellos ◆ Alaba a tu hijo por tratar de aprender nuevas capacidades</p>					

- Optimizar el desarrollo infantil requiere un enfoque en el curso vital, con intervenciones durante la adolescencia, el embarazo y el parto, además de durante el periodo que abarca desde el nacimiento a la primera infancia, especialmente hasta los 3 años de edad. Por lo tanto, el sector sanitario tiene un papel fundamental que desempeñar al respecto.
- Es crucial la colaboración intersectorial entre los servicios sanitarios de atención primaria, los sectores sociales, la nutrición, la educación y los programas medioambientales.
- Se dispone ya de las herramientas adecuadas, y la experiencia de los programas a gran escala en los países de elevados ingresos proporcionan importantes lecciones que pueden aplicarse para llevar a escala programas similares en los países de ingresos medios y bajos.

- Un gran número de gobiernos y de organizaciones contrapartes se ha comprometido ya a favorecer que la infancia pueda medrar.
- Por consiguiente, es imperativo que todas las partes interesadas trabajen en conjunto para hacer avanzar la agenda del desarrollo infantil y ayuden a los niños a alcanzar un mejor arranque en la vida y a desplegar el pleno potencial de su desarrollo. (OMS, en preparación, a)

Conclusión

El sistema sanitario tiene un papel único que desempeñar para promover el desarrollo en la primera infancia, pues es el que establece un primer contacto con las familias. Es un complemento importante para el sector de la educación, y desempeña un papel clave en la estimulación y en el desarrollo del aprendizaje en los niños. Los servicios sanitarios proporcionan

una plataforma única para facilitar intervenciones esenciales, comenzando en los primeros estadios de la vida del niño e incluso antes, en la adolescencia y en el periodo anterior a la concepción. El sistema sanitario puede servir también como puerta de acceso a otros servicios para la primera infancia. La colaboración intersectorial entre los servicios sanitarios primarios, los sectores sociales, los programas de nutrición y los programas medioambientales, junto con la aportación del sector educativo, es crucial para abordar las necesidades de los niños y revertir la carga de 200 millones de niños que todavía no son capaces de alcanzar su pleno potencial de desarrollo cada año.

“El sistema sanitario es un componente importante para el sector de la educación, y desempeña un papel clave en la estimulación y en el desarrollo del aprendizaje en los niños.”

Referencias

- Chan, M. (2013). Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. *Lancet*, 381: 1514–15.
- Engle, P.L., Black, M.M., Behrman, J.R., Cabral de Mello, M., Gertler, P.J., Kapiriri, L. y otros (2007). Strategies to avoid the loss of development potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369: 229–42.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter L., Strupp, B. e International Child Development Steering Group. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369: 60–70.
- Irwin, L.G., Siddiqui, A. y Hertzman, C. (2007). *Early Child Development: A powerful equalizer*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *A Critical Link: Interventions for physical growth and psychological development. A review*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *The Importance of Caregiver–child Interactions for the Survival and Healthy Development of Young Children. A review*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012a). *Developmental Difficulties in Early Childhood – Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries. A review*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012b). *Care for Child Development: Improving the care for young children*, conjunto de materiales. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/index.html (último acceso, abril de 2013).
- Organización Mundial de la Salud. (2012c). *Caring for Newborns and Children in the Community: The three-part training package for community health workers*. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring_newborn_child_in_community_flyer.pdf (último acceso, mayo de 2013).
- Organización Mundial de la Salud (2012d) *Caring for the Newborn at Home*, paquete de materiales. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring_for_newborn/en/ (último acceso, abril de 2013).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Meeting to Develop Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*, informe de la reunión de 6 y 7 de febrero de 2012. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (en preparación, a). *Nurturing Human Capital along the Life Course: Investing in Early Childhood Development*, informe de la reunión de 10 y 11 de enero de 2013. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (en preparación, b) *Caring for the Healthy Child's Growth and Development*, conjunto de materiales. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (en línea, a). *Health Topics – Millennium Development Goals*. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/ (último acceso, abril de 2013).
- Organización Mundial de la Salud. (en línea, b). *Programmes and projects – Global Health Observatory*. Disponible en: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/ (último acceso, abril de 2013).

Nota

- 1 Exención de responsabilidad de la OMS: Los autores (Charlotte Sigurdson Christiansen, Chiara Servili, Tarun Dua y Bernadette Daelmans) pertenecen al personal de la Organización Mundial de la Salud. Los autores son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta publicación, y no representan necesariamente las decisiones, la política o las opiniones de la Organización Mundial de la Salud.

Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI): procesos, resultados y retos encontrados hasta la fecha

Aimee Verdisco, Especialista principal en materia de Educación (Bolivia), y Jennelle Thompson, Especialista principal en materia de Educación (Ecuador), Banco Interamericano de Desarrollo; Katelyn Hepworth, Asistente de Investigación de PRIDI 2011–2012

El Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil, o PRIDI, actualmente recopila datos sobre resultados relativos al desarrollo infantil en Costa Rica, Nicaragua, Paraguay, Brasil y Perú. Es el primer estudio internacional de su clase, que pretende generar datos de alta calidad y comparables a nivel regional, algo de lo que se carece en la actualidad. Se prevé publicar los resultados en el año 2014. Este artículo resume los procesos y los resultados obtenidos hasta la fecha.¹

El programa PRIDI fue lanzado en 2009 con el objetivo de generar datos de calidad relativos al desarrollo infantil, que sean comparables entre distintos países. Estos datos permitirán a los países identificar las brechas en el desarrollo infantil entre distintas poblaciones y zonas, y establecer un plan para reducirlas. PRIDI recopila datos relativos a la cognición, el lenguaje, las capacidades motoras y el desarrollo socio-emocional, y evalúa a niños a partir de los 2 años y hasta los 4 años y 11 meses de edad, en sus propios hogares. No es un instrumento de diagnóstico preventivo.

Dentro del margen de edad indicado, se realiza una división con un conjunto de instrumentos para niños de entre 2 y 3,5 años, y otro para niños de 3,5 a 4 años y 11 meses. Se excluye del programa a los niños menores de 2 años, pues ello requeriría mayores niveles de formación para los encuestadores de los que el presupuesto podría acomodar a escala; los niños de 5 años o más tampoco están incluidos, debido a la complejidad que presenta controlar los efectos de la escolarización formal. Las muestras finales incluirán al menos 2.000 niños seleccionados al azar, que sean representativos a nivel nacional y entre los que se incluya, por ejemplo, a los niños indígenas.

El Marco Conceptual de PRIDI define el desarrollo infantil como:

Un proceso integral que incluye no solo capacidades verbales, conocimiento e intelecto, sino también capacidades sociales y de desarrollo motor, además de estrategias para el aprendizaje, como atención e inhibición de comportamientos impulsivos, y nociones básicas de salud y nutrición. Es el proceso por el cual un niño está

preparado para nuevos niveles de responsabilidad y adquiere de manera progresiva nuevos niveles de autonomía.

(Banco Interamericano de Desarrollo, 2011)

Con anterioridad, los países participantes habían medido los resultados del desarrollo infantil empleando escalas existentes, como la *Escala Abreviada de Nelson Ortiz* y la *Escala de Desarrollo Integral del Niño*. Sin embargo, muchas de estas escalas habían quedado obsoletas. Por lo tanto, el equipo PRIDI decidió desarrollar un nuevo test, a partir de las medidas nacionales y de encuestas internacionales ya existentes (como Woodcock-muñoz, Denver y los Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)).

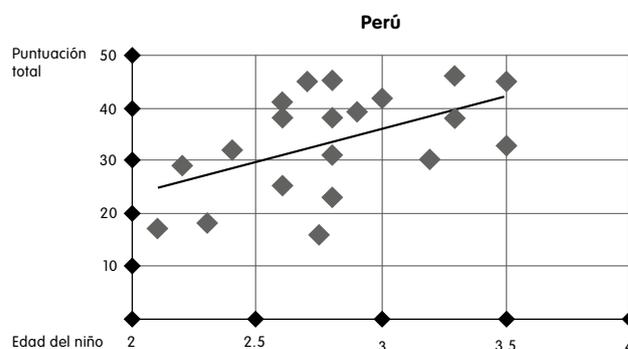
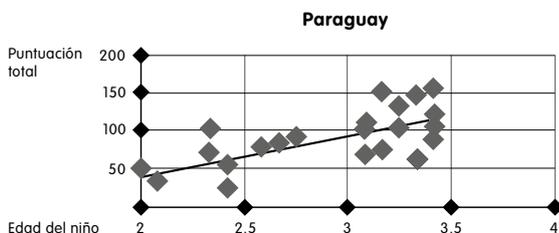
Este proceso requiere no pasar por alto los detalles más pequeños. Se necesitó más de un año para identificar los factores que PRIDI pretende medir frente a otros posibles elementos para la medición, y a continuación se tuvo que diseñar y validar un conjunto inicial de escalas de desarrollo y de encuestas para evaluar el entorno en el hogar. El diseño justificaba el hecho de que la observación podría ser suficiente para evaluar un resultado dado sobre el desarrollo en los niños más mayores, mientras que en los más pequeños podría necesitarse también una respuesta por parte de la madre o del cuidador. En cuanto al diseño del instrumento, el primer ejemplo (observación del niño) se incluye en una escala; el segundo (respuesta de una madre/cuidador) se presenta en una encuesta.

Se desarrollaron también dos encuestas sobre factores asociados. Una de ellas recoge las características del hogar familiar que, como es sabido, influyen sobre el desarrollo infantil. La otra incluye las respuestas de la madre (o del cuidador) a elementos tales como el estado socio-emocional del niño, la asistencia a la educación preescolar, y los métodos disciplinarios utilizados en el hogar.

Fase I: Estudio piloto llevado a cabo en grupos reducidos

Se estableció un plan de tres fases. El objetivo de la Fase I era observar la funcionalidad del instrumento PRIDI cuando se administraba a una pequeña muestra de niños en dos países. El equipo PRIDI solicitó a Perú y a

Gráfico 1 Puntuaciones para niños de 2 a 3,5 años



Fuente: autores

Paraguay que confeccionaran una muestra reducida, no aleatorizada, en la que hubiera mayor representación de niños indígenas y que incluyera cohortes de niños de ambas edades pertenecientes a zonas urbanas, rurales e indígenas. En Paraguay, la muestra consistió en 50 niños; en Perú fue de 41 niños. Cada país pudo modificar los instrumentos empleados para medir cada competencia, e incluir elementos adicionales (por ejemplo, Paraguay añadió elementos sobre musicalidad); por el contrario, no podía eliminar ninguna actividad de las escalas de evaluación.

El equipo PRIDI escogió de manera deliberada mantener la amplitud de cada escala, para identificar cuestiones específicas de la encuesta y de la escala de evaluación que pudieran captar mejor la información deseada. En Paraguay, la escala para los niños en el grupo de menor edad incluía 105 elementos, y para los niños del grupo de mayor edad incluía 99 elementos. En Perú, esas cifras fueron respectivamente de 33 y 36. El programa PRIDI formó a equipos de consultores en ambos países, que incluía a hablantes de guaraní en Paraguay y de quechua en Perú.

En general, los resultados fueron alentadores. Entre los niños del grupo etario más joven, los elementos funcionaron como se esperaba según la literatura. Las puntuaciones se distribuyeron por igual y mostraron una

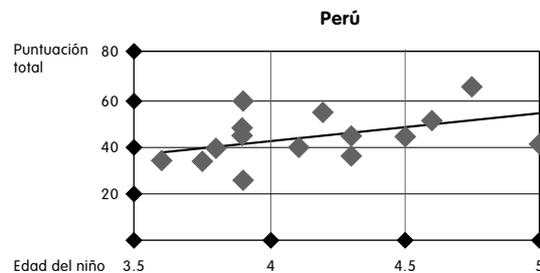
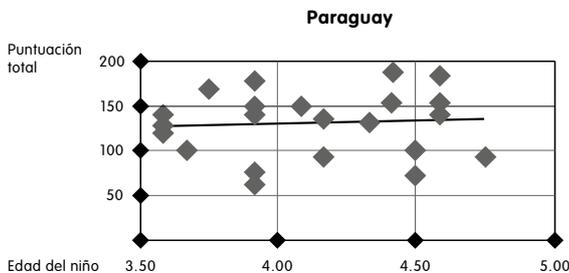
fuerte correlación con la edad, creándose así una base y un techo para la escala.

Se esperaba obtener una fuerte correlación entre la puntuación de cada niño y el nivel medio de educación de todos los adultos que vivían en el hogar familiar. Así ocurrió en Paraguay, pero no en Perú (aunque ello probablemente se explique por el pequeño tamaño de la muestra y por la mayor representación de las zonas indígenas, que reduce la variación en los niveles de educación dentro de la muestra).

En general, las puntuaciones que alcanzaron los niños indígenas fueron considerablemente más bajas que las de los niños urbanos o de las zonas rurales. Este resultado fue también coherente con las expectativas, pero la magnitud de la disparidad sugiere la necesidad de garantizar que los instrumentos sean adecuados para los niños indígenas y que no infravaloren sus capacidades. Por ejemplo, los informes de campo indicaron que, en las poblaciones indígenas, algunos niños no sabían lo que eran “los hombros”, pero podían identificar las restantes partes del cuerpo.

Los resultados para los niños del grupo de mayor edad diferían de modo significativo, principalmente en cuanto a la falta de variación en la distribución de las puntuaciones. En Paraguay, la correlación entre la edad

Gráfico 2 Puntuaciones para niños de 3,5 a 4 años y 11 meses



Fuente: autores

y las puntuaciones es esencialmente plana. El hecho de que la mayoría de los niños completara todas las tareas con éxito indica que había muy pocas tareas complejas, y estos resultados señalaron la necesidad de revisar la escala.

En general, los estudios para el niño y el hogar familiar funcionaron en su mayor parte como estaba previsto. En ambos países, los niños de las zonas rurales recibieron puntuaciones más altas que los niños de las zonas urbanas respecto a diversos elementos (por ejemplo: el niño se preocupa si alguien está llorando; si el niño está haciendo algo y comete un error, persiste y continúa intentándolo sin sentirse frustrado o furioso; el niño puede jugar durante 15 minutos o más sin requerir la atención de un adulto).

La información que proporcionaron los encuestadores indicó que se necesitaba demasiado tiempo para completar las encuestas. La aplicación de las escalas de desarrollo se realizó entre 20 y 55 minutos, mientras que las encuestas requerían entre 9 y 40 minutos. Con frecuencia se necesitaron dos o tres visitas al mismo hogar para aplicar el conjunto completo de instrumentos, lo que dio lugar a ciertas dificultades de tipo logístico. Lo más importante es que muchos niños parecieron estar cansados hacia el final de la prueba o se aburrían durante ella, lo que influyó sobre sus resultados en tareas posteriores.

El estudio piloto reveló cuestiones importantes que debían abordarse en la formación de los encuestadores. Un problema fue la dificultad de hallar espacios adecuados para la evaluación de los niños, donde estuvieran lejos de hermanos o de adultos que intentaran ayudarles a hallar la respuesta correcta. Otro fue que los niños estaban interesados en todo el conjunto de materiales, e insistían en saber "qué más" llevaban consigo los entrevistadores, lo que obligaba a estos a revelar los objetos antes de emplearlos en la evaluación.

La Fase I sirvió también para informar al equipo PRIDI sobre la idoneidad de los materiales utilizados para aplicar las escalas de desarrollo. Por ejemplo, algunos de los dibujos empleados para describir secuencias en ambas escalas parecían confundir a los niños, y no todos ellos pudieron identificar los objetos que se suponía de forma general que eran elementos de "uso diario". En este último caso, fue imposible saber si la falta de identificación era resultado de una carencia de vocabulario, o simplemente de desconocer el objeto.

Basándose en los resultados de la Fase I, ambos instrumentos fueron abreviados, y se revisó casi por completo el destinado a los niños de mayor edad, modificándose los elementos para aumentar la dificultad. Por ejemplo, en la Fase I se pedía a un niño que contara hasta cinco; en la versión revisada, la tarea consiste en contar hasta 20. En la Fase I se le pedía

al niño que diferenciara entre arriba y abajo, y entre delante y detrás; en la versión revisada, también debe diferenciar entre derecha e izquierda.

Las escalas revisadas se aplicaron a una nueva muestra de 12 niños en Cuzco (Perú) y, como se esperaba, mostraron mucha más variación en los resultados, mientras que se redujo el tiempo medio de aplicación conjunta de las escalas y de las encuestas. Con estos resultados, el equipo del PRIDI se sintió confiado para avanzar a la segunda fase: la validación de muestras de 200 niños en cada uno de los cuatro países.

Fase II: Validación

En una reunión de coordinadores nacionales y del equipo PRIDI en noviembre de 2011 se aprobaron las escalas y las encuestas para su aplicación en la Fase II. La Asociación Internacional para la Evaluación del Logro Educativo, que proporcionó asistencia técnica a PRIDI, volvió a Lima en enero de 2012 para dar un seminario formativo a los gestores de datos del país sobre el uso de los programas informáticos que había desarrollado para la introducción y la gestión de dichos datos. El equipo del PRIDI proporcionó formación sobre la aplicación de la prueba normalizada a nivel internacional, la Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP) (*Peabody Picture Vocabulary Test*), que se aplicaría también en la Fase II para validar los instrumentos de PRIDI mediante la comprobación de que los resultados mostraban una correlación. El equipo distribuyó un manual de formación y un DVD, así como un currículo detallado para la formación de los encuestadores.

Se solicitó a cada país que adaptara los instrumentos para que incluyeran lenguaje o expresiones idiomáticas (por ejemplo, uso de *media* en lugar de *calcetín*, en el caso de Nicaragua) sin cambiar la característica esencial o la finalidad del elemento. La adaptación cultural de los elementos y su aplicación coherente son importante para garantizar que todos los niños tengan las mismas oportunidades para mostrar lo que saben y lo que son capaces de hacer. El modo de aplicación de un elemento guarda relación directa con lo que hace un niño en respuesta a una indicación dada.

En Nicaragua, Paraguay y Perú, el equipo local se reunió con representantes de los pueblos indígenas para recopilar información cualitativa sobre la rutina diaria de los niños de las zonas indígenas, de edades comprendidas entre los 2 y los 5 años. Se dio formación a los entrevistadores que hablaban guaraní (Paraguay), miskito (Nicaragua) y quechua (Perú), y se tradujeron los instrumentos. Se escogieron muestras de 200 niños, estratificadas por zonas urbanas/rurales, nivel de formación de la madre y – en los casos de Nicaragua y Perú – poblaciones indígenas y no indígenas.

“El equipo PRIDI solicitó confeccionar una muestra reducida, no aleatorizada, en la que hubiera mayor representación de niños indígenas y que incluyera cohortes de niños de ambas edades pertenecientes a zonas urbanas, rurales e indígenas.”

Los resultados de la Fase II fueron presentados en San José (Costa Rica), en enero de 2013, a los coordinadores nacionales y a los representantes de cada una de las firmas nacionales responsables del trabajo de campo. Este incluyó análisis cada vez más sofisticados de los datos, frente a los de la Fase I. Para cada elemento de cada escala, se llevaron a cabo análisis teóricos sobre el modelo de Rasch y la respuesta al elemento para cada uno de ellos según país, y por cada elemento a lo largo de distintos países, para examinar la variabilidad y la validación. Los elementos que mostraron una baja variación fueron desestimados, al igual que los que parecían demasiado difíciles o demasiado fáciles. A partir de estas “escalas reducidas” (21 elementos para el grupo más joven, y 22 para el grupo de mayor edad), se aplicaron análisis de factores para garantizar que los elementos identificados teóricamente en cada ámbito realmente concordaran en un análisis empírico.

Se llevaron a cabo algunos análisis adicionales para garantizar la validez de los instrumentos, incluyendo

el trazado de las distribuciones de respuestas para cada ámbito (área), y los resultados regresivos de cada ámbito por edad, nivel educativo, acceso a servicios y otros factores que la literatura identifica como importantes conceptos correlativos del desarrollo en la primera infancia; las correlaciones con el TVIP y los datos de altura por edad fueron sólidas. Estos análisis proporcionaron una base empírica sobre la que racionalizar los instrumentos y garantizar su validez.

Las puntuaciones del coeficiente alpha de fiabilidad, que mide la coherencia interna, fueron aceptablemente elevadas para cada ámbito, abarcando desde 0,55 a 0,78. Por ejemplo, el hecho de reducir la escala socio-emocional de 27 a 16 elementos incrementó el coeficiente de fiabilidad hasta el 0,74. La cognición entre los niños pequeños presenta una distribución normal y una buena correlación con la edad del niño y con el nivel de formación de la madre. Lo mismo ocurre para las capacidades motoras y de lenguaje. Similares tendencias emergen en el grupo de mayor edad, aunque en magnitud ligeramente menor.

Fase III: Recopilación de datos

Los resultados de la Fase II volvieron a mostrar que el tiempo necesario para administrar todos los componentes (las escalas, las encuestas, TVIP, y la altura por edad) continúa siendo un problema. De nuevo, el tiempo medio de aplicación demostró ser demasiado extenso, llegando hasta los 90 minutos para los niños más pequeños, y alcanzando hasta los 120 minutos para el grupo etario mayor. Una formación más exhaustiva de los encuestadores podría aumentar su eficacia, pero la técnica principal para reducir el tiempo necesario consiste en simplificar los componentes del instrumento.

Junto con la desestimación de elementos descrita anteriormente, las encuestas para el niño y la familia fueron considerablemente acortadas y consolidadas en una única encuesta, con cambios de formato introducidos para facilitar una puntuación más eficiente de los elementos. Esta racionalización redujo significativamente el tiempo necesario. Los controles de campo llevados a cabo a principios de 2013 sobre las

versiones final y reducida indican que los tiempos de aplicación abarcan entre 30 y 40 minutos.

La Fase III ya está en marcha, con la recogida de datos de 2.000 niños de cada país, que serán analizados durante el año. Las escalas han sido denominadas formalmente las Escalas Engle de Desarrollo Infantil (*Engle Scales of Child Development*), en memoria y reconocimiento a Patrice Engle, que falleció en septiembre de 2012. Los resultados finales se presentarán en el primer trimestre de 2014.

Referencia

Equipo Gerencial del PRIDI (2011). *Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI): Marco conceptual*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://iadb.org/es/publicaciones/detalle,7101.html?id=31906&dclanguage=es&dctype=All> (último acceso, abril de 2013).

Nota

- 1 Los Ministerios con la responsabilidad principal hacia los niños pequeños en Costa Rica, Nicaragua, Paraguay y Perú trabajan en PRIDI con la división de educación del Banco Interamericano de Desarrollo, un equipo gestor de expertos encabezado por Patrice Engle (Cal Poly University, EE.UU.; UNICEF) y Santiago Cueto (GRADE, Perú), y con la asistencia técnica de la Asociación Internacional para el Logro Educativo en cuestiones tales como la confección de la muestra y la recogida de datos.

La necesidad de crear un marco legal para la primera infancia: entrevista a Osmar Terra

Osmar Terra es un líder político en materia de primera infancia de Brasil. Médico, especializado en desarrollo infantil, en la actualidad preside el Frente Parlamentario para la Primera Infancia, en el Congreso Nacional de Brasil. Cuando ejercía sus funciones como secretario de Sanidad en el Estado de Río Grande del Sur, creó e implementó el programa *Primeira Infância Melhor* (PIM) (Primera infancia mejor), que proporciona un servicio de visitas al hogar que se ha llevado a escala. En esta entrevista, habla con Espacio para la Infancia sobre la promoción del apoyo al aprendizaje en la primera infancia y la necesidad de la protección legal para una implementación exitosa a escala nacional.

Le agradecemos que nos dedique unos minutos mientras se encuentra en el Seminario Internacional Marco Legal da Primeira Infância (Seminario internacional sobre un marco jurídico para la primera infancia) para hablar con nosotros. ¿Puede decirnos qué espera que logre el seminario?

Desde principios de los años noventa, Brasil ha tenido una ley específica para los niños y los adolescentes, el *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Fue uno de los primeros países que desarrolló un marco legislativo sobre los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas. En las dos décadas transcurridas desde entonces, nuestra comprensión científica de la importancia de la primera infancia ha avanzado espectacularmente, pero las leyes existentes no han evolucionado al mismo ritmo. Por consiguiente, estamos tratando de crear un nuevo marco jurídico en el país, que aborde a los niños pequeños: un marco que puede guiar a los municipios y a los distintos estados a mejorar la calidad de los primeros años de vida de los niños.

El Presidente del Congreso Parlamentario, Henrique Eduardo Alves, ha anunciado la creación de una comisión especial que desarrolle ese nuevo marco legal. El objetivo del seminario es acordar una propuesta para someterla a la evaluación de la comisión, teniendo en cuenta las experiencias recabadas desde distintos lugares de Brasil, de América Latina y de todo el mundo.

En la actualidad, parece haber un fuerte impulso en torno a la primera infancia en Brasil.

Así es. La presidenta, Dilma Rousseff, ha creado un programa nacional denominado *Brasil Carinhoso* (“Brasil Cariñoso”), que está llegando ya a millones de las familias más desfavorecidas, ofreciéndoles apoyo económico. Además, se están creando 8.000 nuevas guarderías en todo el país, con provisión de medios para que los municipios construyan y equipen los centros y cubran los costes de personal.

Con frecuencia, la presidenta habla acerca de la importancia de la primera infancia; quizá le inspiró el hecho de que ella misma tiene un nieto de muy corta edad. Por lo tanto, tenemos una oportunidad de avanzar y de mejorar los cuidados y la estimulación en la primera infancia, estableciendo programas de visita al hogar como PIM, que habíamos implementado ya en Río Grande del Sur y que ahora hemos llevado a escala nacional.

Háblenos acerca de PIM.

El programa PIM se inspiró en varios programas internacionales de visita y acompañamiento domiciliario, entre ellos, *Educa a tu Hijo*, de Cuba. En el PIM, cada visitante al hogar está a cargo de 25 familias – que incluyen mujeres embarazadas o con niños de 0 a 6 años – y visita a cinco familias cada día, por lo que cada familia es visitada una vez a la semana, hasta que el niño alcanza los 6 años de edad. Los visitantes al hogar deben haber terminado la enseñanza secundaria, y reciben formación específica en las capacidades y competencias que su función requiere; la mayoría son maestros de primaria. Su papel es educar a las familias a cuidar mejor de sus hijos, y servir como vínculo entre las familias y los servicios sociales de que disponen. Es un programa descentralizado: el Estado coordina, y el municipio implementa.

Iniciamos PIM hace 10 años, y ha llegado a más del 60% de las familias más pobres del Estado, lo cual significa que ha favorecido a más de 100.000 niños. Ha inspirado



“Estamos tratando de crear un nuevo marco jurídico en Brasil, que aborde a los niños pequeños: un marco que puede guiar a los municipios y a los distintos estados a mejorar la calidad de los primeros años de vida de los niños.” –Osmar Terra. Foto • Cortesía del Seminario Internacional sobre Marco Legal para la Primera Infancia

también otros programas en otras zonas del país, como Río de Janeiro y algunos municipios de São Paulo. El Ministerio de Salud nacional considera que PIM es un modelo para las actividades que prevé implementar en el seno del programa *Brasil Carinhoso*.

En estos 10 años, el programa ha sobrevivido a tres cambios de gobierno, lo cual es un signo de sostenibilidad política, como lo es el hecho de que el programa continúa siendo ampliamente popular, aunque siempre hay riesgo de interrupción. Es por ello que estamos trabajando para que se cree una ley federal para garantizar la sostenibilidad de estos programas allí donde existen, y para extenderlos a los municipios donde no existen todavía.

¿Cuáles son los principales logros del PIM, y sus factores de éxito más importantes?

El programa PIM ha sido objeto de una evaluación aleatorizada, y entre los hallazgos se destaca que los niños que han participado durante más de 2 años en él han comenzado la escuela primaria con un vocabulario

más amplio que el grupo de control, constituido por no participantes. En mi opinión, es todavía más importante (pues es una base para todo el aprendizaje futuro), el modo en que PIM promueve el desarrollo socio-emocional de los niños: cuando los niños pequeños interactúan correctamente con sus cuidadores, desarrollan confianza en sí mismos y están dispuestos a explorar el mundo.

En cuanto a los factores de éxito, un programa de primera infancia depende de la calidad de los recursos humanos. Necesitamos más profesionales especializados en la primera infancia, con formación adecuada y cualificaciones formalmente reconocidas; ese es uno de los objetivos del proyecto de ley en que estamos trabajando.

¿Cuáles son las estrategias más importantes para hacer avanzar la agenda política en materia de aprendizaje en la primera infancia?

Es importante demostrar a los líderes políticos la importancia de esta cuestión. Una vez que están frente a los hechos científicos y las pruebas, es difícil que eviten considerarlo. Por ejemplo, hemos organizado

una reunión entre los ministerios de Educación, Salud y Desarrollo Social, con investigadores y James Heckman, premio Nobel de Economía, que ha realizado una gran investigación sobre los costes y los beneficios de los programas para la primera infancia. Podemos ver ya que esta reunión ha tenido efectos positivos sobre el modo en que estos ministros debaten las cuestiones relativas a la primera infancia.

Por el momento, son 22 los miembros del Parlamento brasileño que han seguido un curso de breve duración en Harvard (EE.UU.) sobre la primera infancia, y proceden de una diversidad de partidos políticos. En mi opinión, desarrollar la capacidad de una masa crítica de personas influyentes es fundamental para poder influir sobre las políticas.

También existen otros factores. Brasil es país muy extenso, y la rapidez del avance depende de la colaboración entre todos los sectores. Por ejemplo, una de las sesiones de debate durante el seminario se centró en un intercambio de impresiones entre emprendedores, acerca del papel que estos pueden desempeñar para el desarrollo de políticas que den apoyo a las familias. Es importante mantener un diálogo que fluya de manera natural entre el Gobierno, el sector privado, las organizaciones internacionales y las fundaciones. Igualmente, es crucial saber cómo manejar los medios de comunicación, que desempeñan un papel fundamental para difundir el mensaje y desarrollar apoyo público.

¿Cuáles son las posibilidades de que se apruebe el nuevo estatuto?

Confío plenamente en que, a finales de este año, lo habremos conseguido. Brasil tendrá un corpus sólido de leyes avanzadas en materia de primera infancia, que puede servir como precursor y fuente de inspiración para otros países de América Latina.

“Es importante demostrar a los líderes políticos la importancia del aprendizaje en la primera infancia. Una vez que están frente a los hechos científicos y las pruebas, es difícil que eviten considerarlo.”

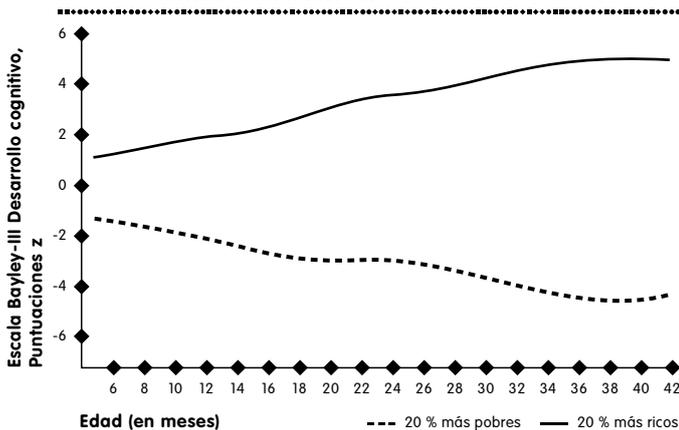
Enriqueciendo el entorno en el hogar de familias con bajos ingresos de Colombia: una estrategia para promover el desarrollo infantil a escala

Orazio Attanasio, Catedrático de Economía, y Sally Grantham-McGregor, Catedrática emérita de Salud infantil internacional, University College London (Reino Unido); Camila Fernández, Investigadora de evaluación, Centro para la Evaluación y la Investigación de Política Internacional, Mathematica Policy Research, Princeton (EE.UU.); Emla Fitzsimons, Codirectora, y Marta Rubio-Codina, Economista principal de investigación, Centro para la Evaluación de la Política de Desarrollo, Institute for Fiscal Studies, Londres (Reino Unido); Costas Meghir, Catedrático de Economía, Universidad de Yale, New Haven (EE.UU.)

Este artículo esboza el modo en que una intervención de visitas al hogar realizada en Colombia, y llevada a escala a través de la colaboración con los sistemas existentes de bienestar social, incrementó satisfactoriamente la variedad de materiales y de actividades de juego en los hogares pobres con niños que tenían entre 1 y 2 años de edad al comienzo de la intervención. Explica también cómo estos factores, entre otros que suelen asociarse con el nivel de ingresos del hogar, se correlacionan con diferencias en el aprendizaje en la primera infancia, que probablemente persistan en la vida adulta.

Las experiencias de la primera infancia que vienen motivadas por problemas socioeconómicos, por una nutrición deficiente y por entornos desfavorecidos en el hogar contribuyen a crear disparidades en el desarrollo de los niños y en su potencial para el logro a lo largo de la vida. En Colombia, como en muchos otros países de ingresos medios y bajos, los niños que crecen en hogares socioeconómicamente desfavorecidos muestran retrasos en el desarrollo, en comparación con los niños que crecen en condiciones socioeconómicas más favorables.

Gráfico 1 Diferencia en desarrollo cognitivo por edad, según estatus socioeconómico



Fuente: Rubio-Codina et al., 2013

Como pone de manifiesto el Gráfico 1, las deficiencias en el desarrollo infantil pueden observarse ya desde muy temprana edad.¹ Estas deficiencias se tornan significativas (desde el punto de vista estadístico) poco

después del primer año de vida, y se hacen más evidentes a medida que los niños van creciendo. Este efecto acumulativo de la adversidad socioeconómica sobre el desarrollo infantil se relaciona con periodos concretos (las llamadas “ventanas de oportunidad” relacionadas con la edad) que son especialmente sensibles para el desarrollo cerebral y para la adquisición de funciones cognitivas de nivel más elevado (Knudsen y otros, 2006).

Ciertos aspectos del desarrollo, como la madurez del sistema visual, se desenvuelven en patrones predecibles con independencia del origen cultural o socioeconómico del niño. Por el contrario, las destrezas que dependen de la experiencia, como la capacidad para leer, descansan sobre la disponibilidad de experiencias claves de aprendizaje y de apoyo por parte del adulto (Shonkoff y Richter, 2013). La diversidad de oportunidades para la comunicación verbal con un cuidador habitual influye sobre el desarrollo del lenguaje del niño y sobre la adquisición de habilidades de lectoescritura, y estas habilidades predicen el logro académico en una etapa posterior de la vida. Puesto que las nuevas destrezas se desarrollan a partir de las anteriores, las primeras bases para el desarrollo infantil establecen el escenario para la acumulación de capital humano posterior (Heckman, 2007). Por lo tanto, cuando los niños no tienen acceso a experiencias fundamentales de aprendizaje durante los periodos más críticos, pueden surgir carencias en el desarrollo y en el aprendizaje en la primera infancia.

Entorno del hogar y creencias de los padres acerca de la crianza

La calidad del entorno en el hogar de los niños, en cuanto a la calidad de la estimulación y a las oportunidades de aprendizaje, está estrechamente vinculada a su bienestar (Bradley y Corwyn, 2005; Evans, 2006). Tener acceso a recursos materiales de aprendizaje y a experiencias educativas de aprendizaje de manera constante durante los primeros años de la vida favorece que los niños establezcan las bases para un desarrollo saludable y un aprendizaje permanente. Desafortunadamente, en muchos países en vías de desarrollo son muchos los niños que crecen en hogares

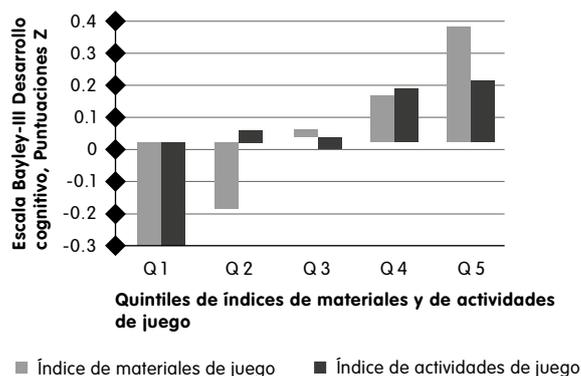
socioeconómicamente desfavorecidos, donde tales aportaciones son mínimas o inexistentes.

El instrumento más comúnmente utilizado y validado para evaluar estas dimensiones entre los países es el de Observaciones del Hogar para la Medida del entorno Hogareño (HOME, por sus siglas en inglés) (Caldwell y Bradley, 2001). Al basarse principalmente en observaciones, el programa HOME requiere de tiempo suficiente y de entrevistadores bien capacitados y formados, así como de una importante adaptación cultural a los fines de su administración. Para facilitar la gestión a escala y en distintos países, UNICEF ha desarrollado un instrumento alternativo, los Indicadores de Cuidado Familiar (FCI, por sus siglas en inglés) (Frongillo y otros, 2003). Los FCI han sido adaptados a partir de diversas fuentes, incluyendo el HOME y recogen, entre otras variables, el número de juguetes con los que habitualmente juega el niño, clasificados según su uso (por ejemplo, juguetes para jugar o para tocar música; libros de cuentos ilustrados; materiales para dibujar y garabatear; juguetes para reproducir situaciones de juego, etc., que se denominan de manera común “variedades de materiales de juego”) y su fuente (según sean de elaboración casera, comprados, u objetos domésticos, que se denominan “fuentes de los materiales de juego”), así como tipos específicos de actividades de juego realizadas en el hogar con la orientación de un adulto, durante los tres días anteriores a la entrevista (por ejemplo, contar cuentos; leer libros o mirar cuentos ilustrados; cantar canciones con el niño; jugar con el niño y sus juguetes; pasar tiempo con el niño garabateando, dibujando o coloreando; nombrar objetos o contar, etc., todo lo cual se denomina “variedades de actividades de juego”).²

En Colombia, como en muchos otros contextos, el desarrollo cognitivo de los niños también está fuertemente vinculado a la disponibilidad de recursos de aprendizaje: los diversos materiales y actividades de juego que comparten con los cuidadores. El Gráfico 2 muestra esa asociación³ a partir de los datos de un estudio realizado en Bogotá, la capital de la nación, sobre una muestra representativa de niños de familias

con ingresos medios y bajos y de edades comprendidas entre los 6 y los 42 meses (Rubio-Codina y otros, 2013). A su vez, la estimulación y el entorno de los hogares guardan una relación significativa con la riqueza y con el acceso a recursos económicos (correlación directa = 0,35, significativa). De hecho, la calidad del entorno en el hogar y el acceso a la estimulación, a las actividades y a los materiales de juego parecen posibles factores mediadores de la brecha socioeconómica, o al menos contribuyen a parte de la misma.

Gráfico 2 Diferencias en el desarrollo cognitivo de los niños según la calidad de los quintiles del entorno del hogar



Fuente: Rubio-Codina y otros, 2013

Las creencias de los padres sobre la crianza y el desarrollo infantil influyen también sobre las prácticas de provisión de cuidado, y estas creencias están modeladas por la cultura, por el nivel educativo y por el origen socioeconómico. A modo general, existen dos “tipos” de creencias entre los padres (Bornstein y Putnick, 2012). Uno es que los niños se desarrollan a su propio ritmo a través de las actividades realizadas en el tiempo libre, de actividades no estructuradas y con la escasa participación de los padres. El otro es que las capacidades cognitivas y sociales de los niños deberían ser alentadas activamente por los progenitores. En términos de prácticas asociadas de crianza adecuadas, según la primera creencia los padres dirigen sus esfuerzos cuidadores a mantener al niño seguro, alimentado, vestido y protegido, y a encauzar su comportamiento cuando sea necesario (“logro del crecimiento natural”).



Conseguir la participación del cuidador principal y de otros miembros de la familia en las actividades de juego y de aprendizaje es el eje fundamental de las visitas al hogar.
Foto • Cortesía de Marta Rubio-Codina

Según la segunda creencia, los padres proporcionan actividades estructuradas y oportunidades de aprendizaje, y participan en conversaciones entre padres e hijos dirigidas a obtener objetivos específicos (“cultivo concertado”) (Lareau, 2003; Bornstein y Putnick, 2012). Las creencias de los padres sobre las prácticas adecuadas de crianza pueden recaer a lo largo de un continuo entre estos dos polos opuestos. Existe una amplia variación a lo largo de los países y también a nivel nacional sobre las prácticas adecuadas de crianza y las creencias de los padres sobre dichas prácticas pero, por lo general, el primer enfoque de crianza del niño se observa más frecuentemente en familias relativamente pobres, mientras que el último enfoque es más característico de las familias de clase media (Lareau, 2003).

Programas de visita al hogar

Una variedad de programas de intervención para niños desfavorecidos, destinada a mejorar las prácticas positivas de crianza desde el nacimiento hasta la edad de 3 años, ha sido implementada en países en vías de desarrollo como Brasil (Wendland-Carro y otros, 1999), Jamaica (Powell y otros, 2004) y Sudáfrica (Cooper y otros, 2002). Los programas de visitas al hogar varían en sus objetivos (como la estimulación o la prevención del maltrato infantil), la población

objetivo, los proveedores del servicio (profesionales, paraprofesionales o voluntarios), y tipo de actividades o de protocolos (existencia o no de un currículo). Sin embargo, su objetivo global es promover el desarrollo infantil, mejorando las ideas de los padres sobre la crianza del niño y su capacidad para proporcionar un entorno enriquecedor para sus hijos. Al llegar hasta las familias y los cuidadores vulnerables desde el punto de vista socioeconómico, algunos programas de intervención de visitas al hogar han conseguido cambiar las creencias y las prácticas de los padres sobre la crianza infantil, y han demostrado conseguir resultados positivos y perdurables sobre importantes resultados relativos a los niños (véase Kendrick y otros, 2000, para una revisión).

Sin embargo, todavía queda mucho por aprender sobre cómo desarrollar *a escala* programas que puedan compensar algunos de los riesgos del desarrollo asociados al crecimiento en un entorno de baja calidad en el hogar. Los problemas que deben afrontarse guardan relación con los costes y con la disponibilidad de la infraestructura social y del capital humano necesario para su provisión. Una vía prometedora para llevar a escala las intervenciones que promueven el desarrollo en la primera infancia es vincularlas a los sistemas existentes de bienestar social (Engle y otros, 2011). Sin embargo, hasta la fecha no existen pruebas suficientes que muestren que los efectos positivos de los programas de visitas al hogar bien diseñados puedan alcanzarse también cuando se proporcionan servicios llevados a escala bajo una implementación muy diferente, y quizá en condiciones menos controladas que las proporcionadas en los estudios realizados sobre su eficacia.

La intervención de visitas al hogar que describimos aquí fue diseñada como una estrategia escalable para apoyar el desarrollo y el bienestar de los niños en situación socioeconómica vulnerable de Colombia. La estrategia consistió en vincular un currículo de estimulación psicosocial – desarrollado para Jamaica y que había demostrado previamente efectos positivos a corto y a largo plazo en el desarrollo infantil (Grantham-

McGregor y otros, 1991; Walker y otros, 2006, 2011) – con la capacidad administrativa ya establecida y con redes integradas en la comunidad local de Familias en Acción, el programa existente de Transferencia Condicionada de Efectivo (TCE) en Colombia.

El objetivo del programa de visitas al hogar era promover el desarrollo infantil apoyando y fortaleciendo las interacciones entre madre e hijo, y consiguiendo la participación de las familias en actividades de juego, muchas de ellas centradas en las rutinas cotidianas de los niños. Pretendía también mejorar la autoestima de la madre y su conocimiento sobre el desarrollo infantil. El modelo de intervención se centró en la madre como agente principal de cambio, e incluía el modelado (demostración de actividades de juego e interacciones con el niño y la madre), la provisión de una estructura de apoyo (provisión de tareas que estuvieran al nivel de desarrollo del niño y que fueran complejas pero no demasiado difíciles), la práctica (alentando a la madre a poner en práctica las actividades) y un refuerzo contingente positivo para la madre y el niño. Las visitantes al hogar realizaron visitas semanales, aproximadamente a cinco familias cada una, durante un periodo de intervención de 18 meses. Durante las visitas de 1 hora de duración, las visitantes mostraron actividades adecuadas al desarrollo para promover el desarrollo cognitivo, el lenguaje y el desarrollo socio-emocional, valiéndose para ello de juguetes caseros de bajo coste e identificando oportunidades de aprendizaje para los niños durante las rutinas cotidianas de las familias.

La intervención aprovechó la red nacional de líderes de la comunidad del programa de TCE de Colombia para proporcionar las visitas al hogar a una gran escala geográfica y de un modo que pudiera llevarse a escala mayor. Se destacaron tres componentes centrales de la implementación: la adaptación del programa, la selección y la formación del personal.

- En primer lugar, el programa y los materiales asociados fueron adaptados culturalmente y ajustados al nivel de habilidad de las visitantes al hogar pertenecientes a la comunidad.

- En segundo lugar, los administradores locales del programa TCE colaboraron en el reclutamiento de las visitantes al hogar. Las visitantes al hogar eran mujeres de la localidad, representantes electas de las beneficiarias de la red del programa local de TCE (conocido como Madres Líderes de TCE), o recomendadas por ellas. Además, nos aseguramos de que todas las visitantes al hogar tuvieran los niveles exigibles de disponibilidad, interés y comprensión lectora.

“Una vía prometedora para llevar a escala las intervenciones que promueven el desarrollo en la primera infancia es vincularlas a los sistemas existentes de bienestar social.”

- En tercer lugar, las visitantes al hogar superaron dos semanas de servicio previo y una semana de formación durante el servicio. Además, fueron supervisadas y asesoradas de manera frecuente, por un equipo de seis tutores. Los tutores eran en la mayoría de los casos mujeres con formación en psicología o en trabajo social, o con la experiencia suficiente para llevar a cabo un trabajo de campo con las familias y los niños. Recibieron formación durante 6 semanas, y en ese periodo de tiempo aprendieron acerca del desarrollo infantil, además de técnicas de supervisión, elaboración de juguetes y dominio de todas las actividades del currículo. Siguiendo un modelo de supervisión itinerante, los tutores fueron turnándose a través de las comunidades de intervención que tenían asignadas, proporcionando asesoramiento técnico y apoyo a las visitantes al hogar en persona (cada 7–10 semanas), debatiendo los avances y los problemas durante llamadas telefónicas realizadas cada dos semanas, y enviando mensajes de texto y boletines de una página de extensión, que contenían recordatorios de aspectos clave del currículo de estimulación.

Conclusiones del programa y lecciones extraídas

El impacto del programa sobre la calidad del entorno en el hogar, sobre las prácticas adecuadas de crianza y sobre los resultados en el desarrollo de los niños fue evaluado mediante un ensayo controlado aleatorizado. La muestra de evaluación consistió en 1.429 niños de hogares relativamente pobres, beneficiarios del programa de TCE, distribuidos en 96 ciudades. La información sobre el desarrollo de los niños y sobre las características familiares, que incluía la calidad del entorno del hogar según los FCI, se recopiló antes del despliegue del programa, cuando los niños tenían entre 12 y 24 meses de edad, y 18 meses después de que la intervención fuera retirada paulatinamente.

Las conclusiones mostraron que la intervención había conseguido introducir cambios de comportamiento en el seno de las familias, lo que condujo a entornos del hogar más enriquecidos para los niños. El Gráfico 3 muestra que el índice de la “variedad de materiales de juego” (número de distintos tipos de juguetes) se incrementó tanto en los hogares que recibieron la intervención (los que recibieron las visitas) como en los hogares de control, durante los 18 meses que duró la intervención. Esto guarda coherencia con el hecho de que los niños más mayores tienen más juguetes y otros materiales pedagógicos que los niños más pequeños. Sin embargo, como muestra el Gráfico 3, el aumento de las “variedades de materiales de juego” fue mayor en los hogares donde se llevó a cabo la intervención que en los hogares de control. El impacto estimado del programa sobre el índice de materiales de juego – después de controlar la edad del niño, su sexo, el nivel de referencia del índice y los posibles efectos de la entrevistadora – muestra un incremento significativo del 13,7% (magnitud del efecto = 0,53, SE 0,14). El Gráfico 4 muestra que el índice “variedades de actividades de juego” (el número de tipos de actividades realizadas con un adulto) descendió ligeramente en los hogares de control durante el periodo de la intervención, pero aumentó significativamente en los hogares donde se llevó a cabo la intervención, dando lugar a un impacto positivo del programa bastante significativo, que se reflejó en un incremento del 13,6% (magnitud del efecto = 0,54, SE 0,15).⁴

Los importantes incrementos en la variedad de los materiales de juego utilizados con los niños pequeños, así como los tipos de actividades de juego que se llevaron a cabo, muestran que los 18 meses de visitas al hogar semanales de una hora de duración resultaron en importantes cambios comportamentales en las prácticas de provisión de cuidado, y por lo tanto en un entorno en el hogar más enriquecido para los niños. Esto es importante, porque sugiere que si la mejora de la calidad del entorno en el hogar y de las prácticas de crianza se mantiene, tiene el potencial de mejorar el desarrollo infantil incluso después de que la intervención haya finalizado.

En general, este estudio demuestra que vincular las intervenciones para el desarrollo en la primera infancia con los sistemas existentes de bienestar social es, de hecho, un camino prometedor para reducir las diferencias socioeconómicas en el desarrollo infantil durante los años cruciales de la primera infancia, teniendo en cuenta – al menos hasta cierto punto – los retos del coste, de la infraestructura social y del capital humano necesarios para la provisión del servicio.

Referencias

- Bornstein, M.H. y Putnick, D.L. (2012). Cognitive and Socioemotional Caregiving in Developing Countries. *Child Development* 83: 43–61.
- Bradley, R. y Corwyn, R. (2005). Caring for children around the world: a view from HOME. *International Journal of Behavioral Development* 29: 68–78.
- Caldwell, B.M. y Bradley, R.H. (2001). *HOME Inventory and Administration Manual*, 3.ª ed. Little Rock: University of Arkansas for Medical Sciences.
- Cooper, P., Landman, M., Tomlinson, M., Molteno, C., Swartz, L. y Murray, L. (2002). Impact of a mother–infant intervention in an indigent peri-urban South African context. *British Journal of Psychiatry* 180: 76–81.
- Engle, P., Fernald, L., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafzai, A. y otros (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 378(60889): 1339–59.
- Evans, G.W. (2006). Child development and the physical environment. *Annual Review of Psychology* 57: 423–51.
- Frongillo, E.A., Sywulka, S.M. y Kariger, P. (2003). *UNICEF Psychosocial Care Indicators Project: Final report to UNICEF*. Ithaca: División de Ciencias de la Nutrición, Universidad de Cornell.
- Grantham-McGregor, S., Powell, C., Walker, S. y Himes, J. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican study. *Lancet* 338(8758): 1–5.
- Heckman, J.J. (2007). The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 104(3): 13250–5.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J. y otros (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood* 82(6): 443–51.
- Knudsen, E.I., Heckman, J.J., Cameron, J.L. y Shonkoff, J.P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America’s future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103: 10155–62.
- Lareau, A. (2003). *Unequal Childhoods: Race, class, and family life*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.
- Powell, C., Baker-Henningham, H., Walker, S., Gernay, J. y Grantham-McGregor, S. (2004). Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 329: 89.

Gráfico 3 Resultados del programa sobre el índice de variedades de materiales de juego

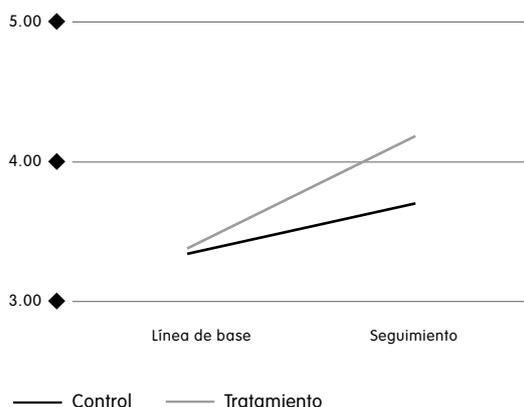
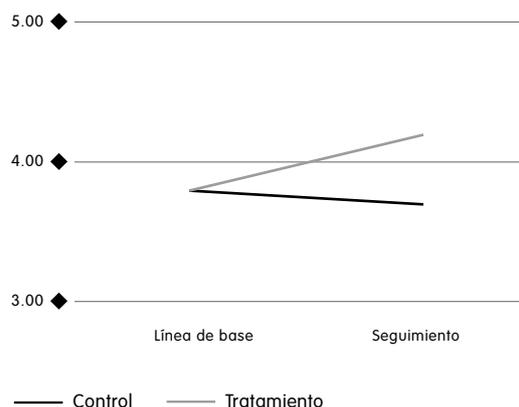


Gráfico 4 Resultados del programa sobre el índice de variedades de actividades de juego



Fuente: autores

- Rubio-Codina, M., Attanasio, O., Meghir, C., Varela, N. y Grantham-McGregor, S. (2013). *The Socio-economic Gradient of Child Development: Cross-sectional evidence from children 6–42 months in Bogotá*. Londres: Mimeo Institute for Fiscal Studies.
- Shonkoff, J.P. y Richter, L. (2013). The powerful reach of reach of child development: a science-based foundation for sound investment. En: Britto, P.R., Engle, P. y Super, C. (eds) *Handbook of Early Childhood Development Research and its Impact on Global Policy*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Walker, S.P., Chang, S.M., Powell, C., Simonoff, E. y Grantham-McGregor, S.M. (2006). Effects of psychosocial stimulation and dietary supplementation in early childhood on psychosocial functioning in late adolescence: follow-up of randomized controlled trial. *British Medical Journal* 333(7566): 472.
- Walker, S.P., Chang, S.M., Vera-Hernández, C.M. y Grantham-McGregor, S.M. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behaviour. *Pediatrics* 127(5): 849–57.
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C.A. y Millar, W.S. (1999). The role of an early intervention on enhancing the quality of mother–infant interaction. *Child Development* 70(3): 713–21.

Notas

- Muestra representativa de niños de 6 a 42 meses que habitan en los 3 estratos más bajos (de un total de 6) a nivel socioeconómico de la ciudad de Bogotá (Colombia), que incluye al 85% de la población de la ciudad. La diferencia media en las clasificaciones de desarrollo cognitivo (evaluada mediante la escala Bayley-III) entre los niños de los quintiles menores y mayores del índice de riqueza de los hogares es cercano a 0,6 SD a lo largo de los grupos etarios. El índice de riqueza de los hogares es el primer componente del análisis sobre activos de los hogares y características de habitabilidad.
- Los indicadores FCI han sido añadidos a las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) que UNICEF lleva a cabo en diversos países en vías de desarrollo cada 3–5 años. La información actual sobre MICS se encuentra disponible en las páginas web de UNICEF, en: http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html (último acceso, mayo de 2013).
- Muestra idéntica a la del Gráfico 1, representativa de niños de 6 a 42 meses que habitan en los 3 estratos socioeconómicos más bajos (de un total de 6) de Bogotá. Puntuaciones de los niños en el ámbito cognitivo, evaluadas con el Bayley-III. La calidad del entorno en el hogar se evalúa con dos índices de los FCI: (a) “índice de variedades de materiales de juego”, que incluye juguetes que reproducen o sirven para reproducir música, cosas para dibujar, escribir o pintar, libros para colorear, cuentos ilustrados para niños, juguetes para reproducir situaciones de juego, juguetes para desplazarse por el entorno cercano, bloques para apilar, construir o juntar, y juguetes para aprender formas y colores; y (b) “variedades de actividades de juego”, que incluyen la lectura de libros o el contemplar cuentos ilustrados, y otras actividades como contar historias al niño, cantar canciones con el niño, llevar al niño fuera del hogar o salir a dar un paseo, jugar con los juguetes del niño, pasar tiempo

con el niño garabateando, pintando o coloreando, y pasar tiempo con el niño nombrando cosas o contando objetos.

- Las Gráficas 3 y 4 representan los propios cálculos de los autores, a partir de los datos del estudio de evaluación. Medios previstos en “variedades de materiales de juego” y “variedades de actividades de juego” (utilizando los FCI tal como se describe en la nota 3 anterior (para el Gráfico 2) después de ajustar según la edad (en meses) y el sexo del niño, el nivel de referencia de las variables dependientes y las imitaciones de la entrevistadora.

Definiendo el derecho al desarrollo integrado de la primera infancia en la India

Venita Kaul, Directora, Centro para la Educación y el Desarrollo en la Primera Infancia (CECED), Universidad de Ambedkar, Delhi (India)

Satisfacer el derecho de un niño a la educación implica reconocer que el aprendizaje comienza en la primera infancia y que está inextricablemente unido a la salud y a la nutrición. En este artículo, Venita Kaul esboza el trabajo realizado en la India para definir el derecho al desarrollo integrado en la primera infancia, para identificar los puntos débiles en la provisión de servicios existente, y para sugerir modos de lograr que los servicios sean más eficaces, adoptando un enfoque multisectorial y consiguiendo la participación de las comunidades.

En el año 2009, el Gobierno de la India aprobó la Ley sobre el Derecho de los niños a la educación obligatoria y gratuita. En ella se establece lo que deben ofrecer los gobiernos estatales de la India a los niños de 6 a 14 años de edad. No obstante, muchos miembros de la sociedad civil que habían estado presionando a favor de esta ley quedaron decepcionados, al estipularse el límite inferior de edad en los 6 años. Si el objetivo es que los niños aprendan eficazmente hasta la edad de 14 años, la inversión debe comenzar ya desde el momento del nacimiento o incluso antes, y no simplemente en el momento en que un niño llega a la escuela primaria. El proceso de aprendizaje y de desarrollo no solo es continuo, sino que es también acumulativo, por lo que es imperativo que se implemente lo antes posible, que se garantice un apoyo constante y exhaustivo, y que se provea una estructura de apoyo para el niño.

En la actualidad, la sociedad civil de la India debate acaloradamente cómo debería fortalecerse esta ley para que refleje los derechos de los menores de 6 años, tal como dispone la Constitución del país. Mientras que el Gobierno de la India ha establecido un subcomité para explorar la viabilidad de la ampliación de la Ley del Derecho a la educación, de manera que incluya también a los niños menores de 6 años, un pujante movimiento de la sociedad civil defiende que este sea un derecho para el desarrollo integrado en la primera infancia de todos los niños, desde el momento del nacimiento en adelante. El argumento empleado es que deberíamos estudiar también a los grupos de menor edad, que no alcanzan la edad de educación preescolar, y deberíamos pensar en la interdependencia



Foto • Cortesía Centro para la Educación y el Desarrollo en la Primera Infancia (CECED)

de la educación con la salud y la nutrición, pues el aprendizaje eficaz para los niños de mayor edad está inextricablemente vinculado a la buena salud, a la nutrición correcta, al cuidado y a las oportunidades de aprendizaje en los primeros años de la vida.

Aunque en principio este argumento es sólido, es importante considerar que el derecho a la educación tiene una naturaleza relativamente unisectorial o unidimensional, y por lo tanto ello facilitó identificar los beneficios a alcanzar. Pero, por el contrario, es más complejo responder a preguntas como: “¿De qué forma se manifestaría este derecho al desarrollo en la primera infancia en relación con los demás derechos de los niños?; ¿en qué medida pueden satisfacerlo las políticas y las intervenciones de los programas llevados a cabo en la India?; ¿qué brechas residuales existirían, que todavía requerirían la ayuda del Gobierno para abordarlas?”

El empeño actual por dar respuesta a estas cuestiones en el Centro para la Educación y el Desarrollo en la Primera Infancia (CECED, por sus siglas en inglés), con la colaboración de la experta en el ámbito jurídico, la doctora Archana Mehendale, recurre a la investigación que contribuí a dirigir para el Banco Mundial, que dio lugar en el año 2004 a la publicación que lleva por título *Reaching Out to the Child: An integrated approach to child development (Llegando hasta el niño: un enfoque integrado hacia el desarrollo infantil)*.

En la investigación llevada a cabo para *Reaching Out to the Child* nuestro punto de partida fue el anhelo de asegurar que cada niño complete la escuela primaria con éxito en torno a la edad de 11 años. A partir de ese objetivo hemos trabajado de manera retroactiva, dado el proceso acumulativo del aprendizaje y del desarrollo infantil, y hemos identificado subfases en el desarrollo holístico del niño. Las subfases que hemos podido identificar son: de prenatal a 1 mes; de 1 mes a 3 años; de 3 a 6 años; de 6 a 8 años; y de 8 a 11 años. Esta clasificación introduce dos distinciones principales respecto a los rangos de edad más frecuentemente debatidos a nivel global: hemos diferenciado a los menores de 1 mes, pues este periodo es cuando se producen numerosas muertes de neonatos entre los bebés en situación vulnerable de la India; y de los 6 a los 8 años, pues esta es la fase de transición desde la educación preescolar a la escuela, cuando tiene lugar la mayor parte de casos de abandono escolar en la educación primaria.

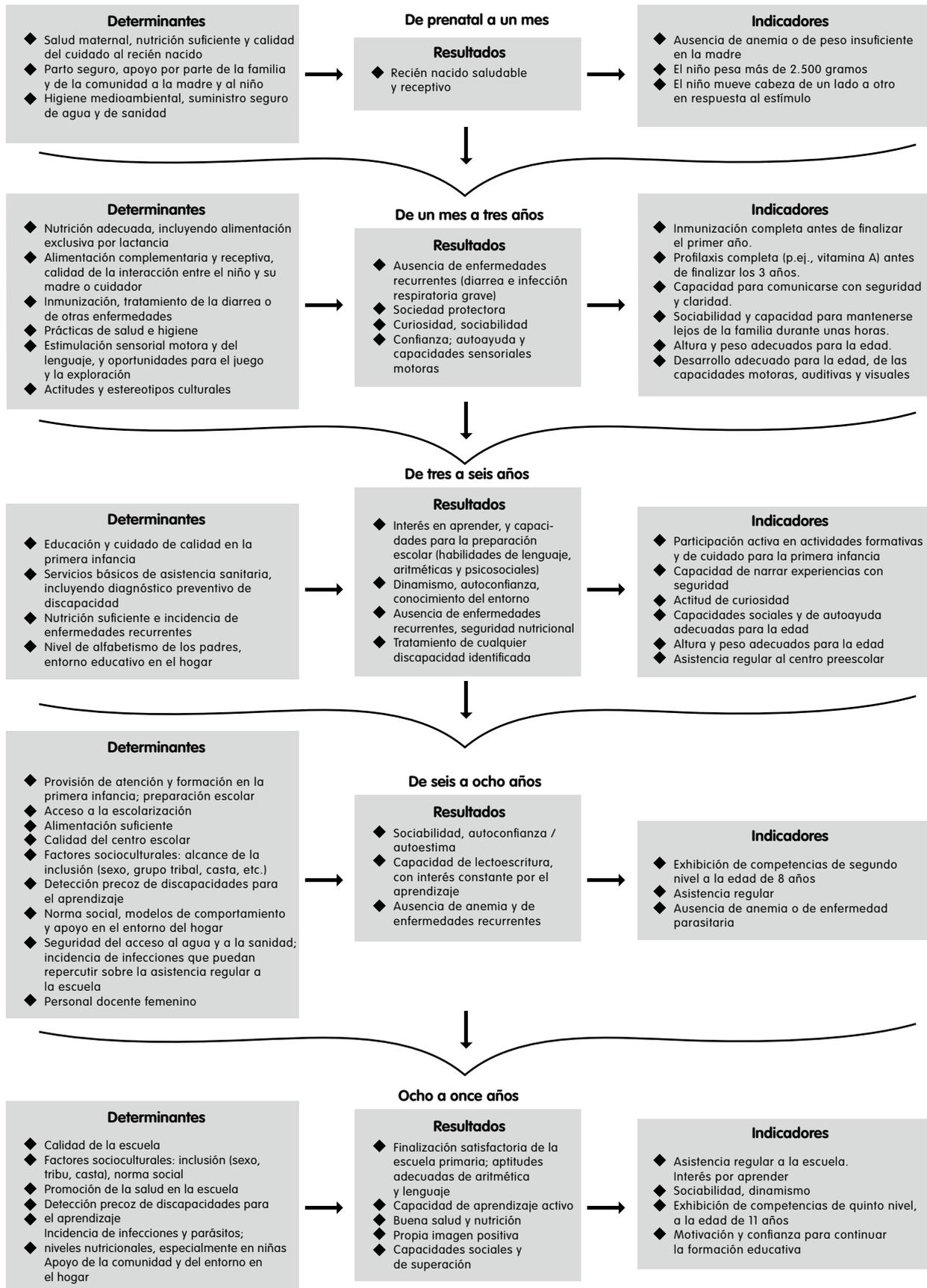
A continuación, hemos definido un marco conceptual para identificar en cada subfase qué resultados cabría esperar, qué determinantes se encaminan a conseguir dichos resultados, y mediante qué indicadores pueden medirse. Estos se muestran en el Gráfico 1. Hemos empleado este marco para revisar todas las disposiciones que estaban vigentes en los distintos estados y sectores de la India, y hemos calculado un Índice de Desarrollo Infantil a partir de cuatro importantes indicadores: los índices de supervivencia infantil, los índices de inmunización (que posteriormente han sido intercambiados por los índices de malnutrición), los índices de participación en la escolarización primaria y los índices de terminación de dicha escolarización, a través de los cuales pudimos comparar la situación en los distintos estados indios y seguir sus avances en el tiempo.

Todo ello reveló diferencias muy significativas entre los distintos estados del país, siendo los de Kerala e Himachal Pradesh los primeros de la escala, con índices de 92 y 91 respectivamente, para descender hasta el estado de Bihar, con una puntuación de 49. El análisis puso de relieve que los estados en el extremo

final de la escala tendieron a obtener un resultado mediocre en todos los indicadores, y no solo en uno o dos de ellos. Los mediocres resultados obtenidos por estados como Bihar, Rajastán, Uttar Pradesh, Bengala Occidental y Assam sugieren que los esquemas con patrocinio centralizado, como el Plan de Salud Infantil y Reproductiva del Departamento de Salud y Bienestar Familiar, los Servicios de Desarrollo Infantil Integrado del Departamento de la Mujer y de Desarrollo Infantil, y distintas iniciativas educativas, incluyendo el Programa de Educación Primaria por Distrito y *Sarva Shiksha Abhiyan* (“Movimiento Educación para Todos”), han tenido únicamente impactos aislados.

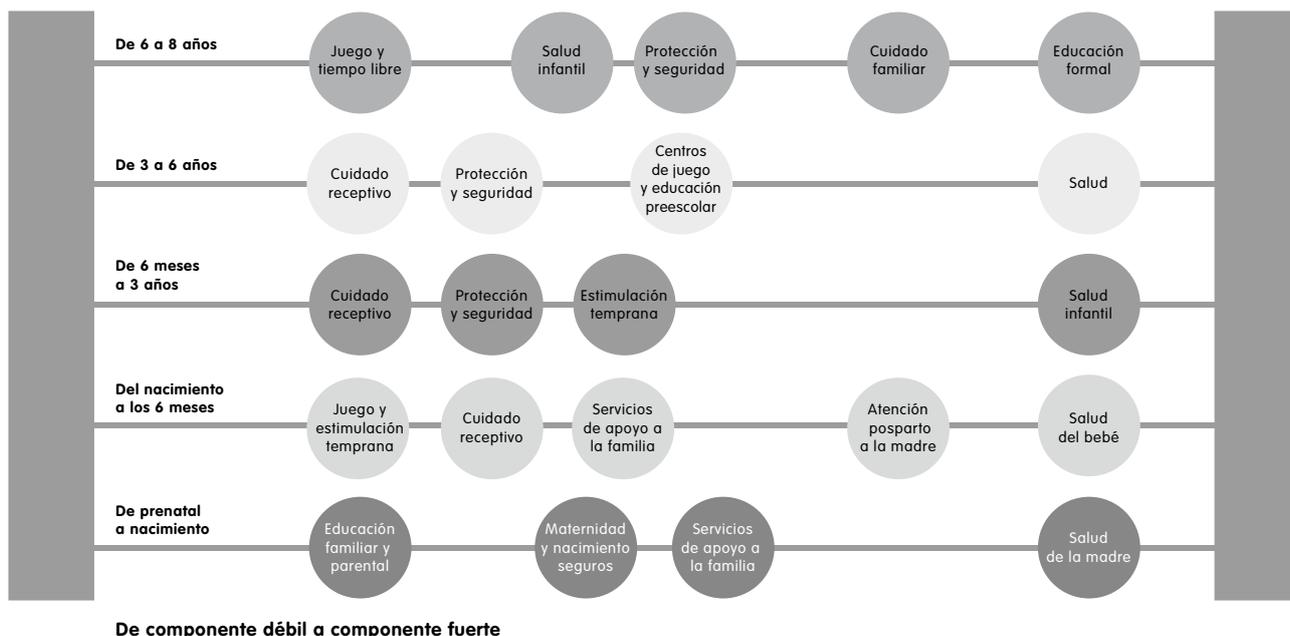
De prenatal al nacimiento	salud y nutrición maternas educación parental y familiar maternidad segura servicios de apoyo a la maternidad
Del nacimiento a los 6 meses	salud materna: atención posparto lactancia exclusiva salud del bebé seguridad nutricional cuidado receptivo juego/estimulación temprana estabilidad y seguridad servicios de apoyo
De 6 meses a 3 años	salud del bebé seguridad nutricional, cuidado receptivo estimulación temprana/oportunidades de juego y de aprendizaje estabilidad y seguridad
De 3 a 6 años	salud y nutrición infantiles nutrición adecuada guardería educación preescolar basada en el juego cuidado receptivo estabilidad y seguridad
De 6 a 8 años	salud y nutrición infantiles cuidado familiar confianza y seguridad educación primaria

Gráfico 1 Un marco conceptual indio para el desarrollo infantil integrado



Fuente: New Concept Systems 2003

Gráfico 2 Disposiciones sobre el desarrollo para la primera infancia en las leyes, las políticas y los programas existentes



Hacia un derecho al desarrollo

Puesto que en CECED estamos examinando la posibilidad de desarrollar más ampliamente la investigación del Banco Mundial y de definir un derecho para el desarrollo en la primera infancia, hemos identificado determinantes básicos del desarrollo en la primera infancia para cada subfase y, según esos determinantes, hemos registrado los que podrían considerarse como derechos jurídicos e imperativos para el desarrollo y el aprendizaje de los niños.

A continuación procedimos a revisar las disposiciones de las leyes, las políticas y los programas existentes, para evaluar si cada uno de estos derechos estaba ya cubierto en grado suficiente o insuficiente, y qué carencias debían abordarse. El análisis obtenido se resume en el Gráfico 2.

A la hora de solventar las carencias, recomendamos aprender de la experiencia adquirida y aplicar un enfoque holístico y multisectorial. Con frecuencia, las intervenciones destinadas a los niños han adolecido de un enfoque sectorial fragmentado y compartimentado, que desestima la interdependencia de la salud, la nutrición y la educación, y que no logra establecer posibles sinergias.

Cabe señalar que un enfoque multisectorial no implica la necesidad de un programa único e integrado: de hecho, la experiencia de la India demuestra que este esquema

podría conducir a resultados inferiores a los óptimos. Por ejemplo, probablemente no es realista esperar que una única empleada de *Anganwadi* que colabore en el programa ICDS⁵ pueda cubrir todas las necesidades de los niños, desde la nutrición a la educación básicas, a lo largo del periodo que abarca hasta los 6 años de edad. La planificación y el seguimiento de los servicios para los niños deberían ser integrados, pero quizá no sea tan buena idea integrar también la implementación.

Descentralización y participación de la comunidad

Nuestra recomendación es que la planificación integrada se realice con la participación de la comunidad. Otro problema común en las intervenciones para los niños de la India ha sido la estandarización y la centralización excesivas, dedicándose muy poca atención a las diversidades contextuales de este extenso y variado país. Incluso a nivel de distritos y subdistritos, puede haber diferencias importantes en las prioridades, que podrían ser pasadas por alto. Por ejemplo, se ha dado el caso de una comunidad donde los niños estaban bien nutridos, pero que carecían de clínicas y de centros de educación preescolar; se proporcionó una intervención gubernamental para paliar la malnutrición, pero poca ayuda en materia de salud o de educación.

Para evitar un uso tan poco eficiente de los recursos, los programas tuvieron que diseñarse partiendo de un enfoque participativo, conducente al establecimiento de un sentido de pertenencia a la comunidad. Esto exige

que las propias comunidades evalúen sus necesidades y demandas, un proceso que siempre es más fácil enunciar que llevar a la práctica. Tras la publicación de *Reaching Out to the Child*, en el Banco Mundial recibimos la invitación del Gobierno de Madhya Pradesh para emprender las recomendaciones del informe, conceptualizando e implementando un proyecto piloto con base en la comunidad, destinado a alcanzar el desarrollo integrado del niño y denominado Proyecto Bachpan, en un área tribal del Distrito de Ratlam. Este proyecto sumamente eficaz concluyó que se necesitaron 3 largos años para que los grupos de recursos de las aldeas presentaran un plan para los niños, lo que exigió el aumento de la concienciación para superar la apatía de muchos miembros de la comunidad y el desarrollo de la confianza necesaria para superar su sensación de que no iban a poder marcar una diferencia.

El proyecto piloto, que fue objeto de una rigurosa evaluación, demostró el valor de los “Planes en la aldea para los niños” de carácter descentralizado, convergentes y con base en la comunidad, en oposición a los planes para la salud, la nutrición y la educación infantiles de manera aislada entre sí.

De forma esperanzadora, el proyecto demostró que la experiencia de realizar un plan para los niños condujo a las comunidades a dar mucha más prioridad a las necesidades infantiles. Sin embargo, ello requerirá de manera inevitable el establecimiento un acuerdo mediante una ONG que facilite ese paso. Exige también un esfuerzo para educar a la comunidad acerca de las necesidades de desarrollo de los niños. Por ejemplo, tenemos que contraargumentar la idea errónea y ampliamente extendida de que los centros de educación preescolar orientados al logro académico conducen a mejores resultados escolares que los centros de educación preescolar que aplican mayor énfasis sobre el juego, la exploración y el desarrollo de habilidades sociales. Además, los padres e incluso los profesores deben estar convencidos de que los niños han de comenzar su educación en su lengua materna o en la que hablen en el hogar, y que su cambio a la lengua de la escuela debería ser gradual y estar facilitado por una suave transición.

La participación de la comunidad en la planificación promete modificar el énfasis de la provisión del servicio, desde la oferta a la demanda; esto es, en lugar de dar a todas las comunidades lo mismo, ofrecerles diversas opciones. La experiencia demuestra que ello debería ayudar a incrementar la relación costo-rendimiento de las intervenciones. La participación de la comunidad se observa también como inextricablemente vinculada a la calidad de la provisión del servicio. Cuando los miembros de la comunidad perciben valor en un servicio, están más dispuestos a participar y a sentirse implicados en la intervención; por lo tanto, es probable que se realice un mejor seguimiento, y que se esté a salvo de otros incentivos no alineados con los objetivos y de la corrupción que puede afectar a la provisión de los servicios, creándose así un círculo vicioso: servicios de calidad deficiente que conducen a la menor participación de la comunidad, y a su vez a servicios de peor calidad.

Tal enfoque implica una descentralización de la responsabilidad por los servicios destinados a los niños. En última instancia, las comunidades locales que realizan planes para su población infantil podrían recibir la asignación de fondos con los que “comprar” servicios de las agencias gubernamentales correspondientes, de las ONG o del sector privado. Mientras que la responsabilidad central de satisfacer el derecho de un niño al desarrollo recae, obviamente, sobre el gobierno, sería erróneo pasar por alto el potencial de colaboraciones innovadoras con la comunidad empresarial y con la sociedad civil para mejorar la calidad de los servicios prestados.

Referencias

Centro para la Educación y el Desarrollo en la Primera Infancia (CECED, 2012, no publicado). *Framework for Right to Early Childhood Development*. Kaul, V./Banco Mundial (2004). *Reaching Out to the Child: An integrated approach to child development*. Nueva York: Oxford University Press.

Nota

1 *Anganwadi* significa literalmente “patio de recreo”; es el nombre dado al centro de desarrollo en la primera infancia que aplica el plan ICDS patrocinado por el Gobierno, puesto que está situado en casi cada zona residencial del país, cerca de los hogares de los niños, y se espera proporcionar servicios integrados para los niños menores de 6 años a través de un enfoque integrado, prestando una provisión de servicio de “ventanilla única”. Hay una trabajadora de *Anganwadi*, o mujer adulta con formación, que es la principal suministradora del servicio, y que cuenta con la ayuda de otra mujer de *Anganwadi* que colabora principalmente recogiendo a los niños desde sus hogares y proporcionándoles la comida del medio día.

Eficacia de los programas de apoyo parental para mejorar el aprendizaje del grupo etario menor de 3 años

Susan Walker, Catedrática, y Susan M. Chang, Profesora Titular, Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil, Instituto de Investigación en Medicina Tropical, Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica)

Aunque se ha realizado una amplia investigación sobre el impacto de la enseñanza preescolar en los países en vías de desarrollo, no existe demasiada información para orientar las políticas sobre programas eficaces a gran escala para el grupo etario de 0 a 3 años. Este artículo examina las evidencias obtenidas de las intervenciones destinadas a mejorar el aprendizaje temprano y la interacción entre el niño y su progenitor, para niños de 0 a 3 años de edad, que emplean estrategias para enriquecer las prácticas adecuadas de crianza y que pueden capacitar a los padres para favorecer el aprendizaje infantil.

Los programas de apoyo a los padres de niños de 0 a 3 años de edad han empleado una variedad de enfoques destinados a potenciar la capacidad de la madre o del cuidador principal para proporcionar estimulación e interacciones de calidad. Este artículo examina las visitas al hogar, las sesiones individuales de asesoramiento en las clínicas, y las sesiones de grupo para los padres.

Se han evaluado las visitas al hogar en algunos países, incluyendo Bangladesh, Brasil, Colombia, la India, Jamaica y Santa Lucía, con el fin de evaluar las ventajas para el desarrollo infantil a través de la mejora de la interacción entre el niño y su cuidador. El estudio pionero se realizó en los vecindarios desfavorecidos de Bogotá, Colombia, e incluyó visitas al hogar para promover actividades que favorecerían la exploración del entorno, destinado a niños de 6 a 36 meses y sus madres (Waber y otros, 1981).

En Jamaica, los estudios han incluido a niños que soportaban distintos riesgos para su desarrollo: niños gravemente desnutridos (Grantham-McGregor y otros, 1987), niños con retardo en el crecimiento (Grantham-McGregor y otros, 1991), y bebés con peso inferior al nacer (Walker y otros, 2004), y en ellos se ha evaluado también el impacto de la frecuencia de visitas (Powell y Grantham-McGregor, 1989) y la viabilidad de integrar las visitas al hogar en los servicios de apoyo a la nutrición (Powell y otros, 2004). Las visitas fueron realizadas por trabajadores de los servicios sanitarios de la comunidad,

e incluían demostraciones de diversas actividades de juego y la participación de la madre o del cuidador principal en una sesión de juego con el niño. Las visitas abarcaban diversas combinaciones de actividades para el desarrollo del lenguaje, juegos, canciones, puzzles sencillos y actividades con papel y ceras de colores. Se emplearon juguetes confeccionados en el hogar y libros sencillos con imágenes que se dejaron en el mismo, para intercambiarlos en la siguiente visita. Se hizo hincapié en enriquecer la interacción verbal entre la madre y el niño, y se animó también a las madres a elogiar y a motivar positivamente a sus hijos, y a evitar el castigo físico (puede hallarse más información sobre el currículo, la formación y la supervisión de los trabajadores de los servicios sanitarios de la comunidad en Walker, 2011).

Otro estudio jamaicano consistió en la evaluación de un programa en curso (*Roving Caregivers* (Cuidadores Itinerantes), un modelo de intervención que fue puesto en práctica a modo experimental con el apoyo de la Fundación Bernard van Leer), implementado por una ONG (Powell, 2004). En este caso, las visitantes eran mujeres jóvenes que acababan de finalizar la educación secundaria, y que recibieron dos semanas de formación y realizaron talleres quincenales para debatir y preparar las visitas. Las observaciones y la información proporcionada por las madres sugirieron que se hacía menor énfasis en incluir a la madre en la sesión de juegos. Sin embargo, el programa incluía reuniones mensuales para los padres, en las que se debatían el desarrollo infantil, las prácticas adecuadas de crianza y temas diversos. Una nueva evaluación de este programa se realizó en Santa Lucía (Janssens y Rosemberg, 2011).

La intervención de visitas al hogar con trabajadores de los servicios sanitarios de la comunidad que se había aplicado en Jamaica se adaptó a Bangladesh, incorporando juegos y canciones tradicionales. Las visitas fueron realizadas por mujeres alfabetizadas de la aldea en uno de los estudios, y por personal sanitario femenino en otro. Además de recibir las visitas al hogar, en ambos estudios las madres asistieron a los centros donde se realizaban sesiones individuales de juego



Todas las evaluaciones del apoyo proporcionado a los padres a través de visitas al hogar demostraron beneficios significativos para el desarrollo infantil. Foto • Peter de Ruijter/Bernard van Leer Foundation

(Nahar y otros, 2009) o sesiones de grupo sobre temas relativos al desarrollo infantil y a la importancia del juego (Hamadani y otros, 2006). En un tercer estudio, en lugar de las visitas al hogar se realizaron sesiones individuales de juego con la madre y el hijo durante sus visitas a un centro sanitario de la comunidad (Nahar y otros, 2012).

La intervención evaluada en Brasil (Eickmann y otros, 2003), combinó sesiones de grupo en las que se hizo demostración y práctica de actividades de juego y de interacción, con visitas al hogar para reforzar los talleres

mediante sesiones de juego con la madre y el niño.

En la India, se llevaron a cabo visitas al hogar para familias con niños de entre 3 y 15 meses, que incluyeron asesoramiento y prácticas sobre juego receptivo, con provisión de juguetes adecuados para el desarrollo de los niños, durante un total de cinco visitas (Vazir y otros, 2012).

Todas las evaluaciones del apoyo proporcionado a los padres a través de visitas al hogar demostraron beneficios significativos para el desarrollo infantil. En algunos casos tuvieron pequeños efectos, pero estos normalmente fueron de moderados a importantes. Los programas de visitas al hogar favorecieron el desarrollo de los niños que estaban recuperándose de malnutrición grave (Grantham-McGregor y otros, 1987; Nahar y otros, 2009; Nahar y otros, 2012), de los niños desnutridos (Grantham-McGregor y otros, 1991; Powell y otros, 2004; Hamadani y otros, 2006) de los niños con deficiencia de hierro y anemia (Lozoff y otros, 2010), de los bebés con peso inferior al nacer (Walker y otros, 2004) y, en general, de los niños en situación desfavorecida de las comunidades pobres (Powell y Grantham-McGregor, 1989; Eickmann y otros, 2003; Powell, 2004; Vazir y otros, 2012). En la evaluación de *Roving Caregivers* llevada a cabo en Santa Lucía no se hallaron beneficios generalizados; sin embargo, sí hubo resultados positivos para los niños que tenían menor edad cuando comenzó el programa (Janssens y Rosemberg, 2011).

Características importantes de las intervenciones de visitas al hogar

Visitantes al hogar

Las evaluaciones de las intervenciones de visitas al hogar muestran que estas pueden implementarse con éxito por mujeres que solo han completado la educación primaria o que han completado parcialmente la educación secundaria. En la mayoría de los estudios, las visitantes fueron mujeres maduras de edad similar o superior a la de las madres que visitaban. Por el contrario, el programa *Roving Caregivers* de Jamaica empleó a mujeres jóvenes que participaban en un programa del servicio nacional de juventud. Aunque la intervención favoreció el desarrollo de los niños, se expresaron ciertas

inquietudes en cuanto a que estas jóvenes eran menos capaces de conseguir la participación de las madres y de garantizar que participaran plenamente en las visitas, y en ocasiones las visitantes llevaron a cabo las sesiones de juego con el niño en solitario (Powell, Christine, comunicación interpersonal), lo cual podría tener implicaciones para la sostenibilidad de los resultados logrados.

Supervisión

La supervisión es esencial para mantener la calidad de las visitas y para proporcionar apoyo constante a las visitantes. En la mayoría de las evaluaciones esto se llevó a cabo por un profesional con formación en desarrollo infantil, aunque en un estudio esa función fue desempeñada por la enfermera del centro sanitario (Powell y Grantham-McGregor, 1989). La supervisión incluyó la observación de las visitas al hogar y el mantenimiento de reuniones regulares con las visitantes para debatir las visitas realizadas y planificar las siguientes. Los supervisores proporcionaron orientación sobre el contenido de las visitas, para garantizar que las actividades fueran de los niveles apropiados para cada niño en particular, y para proporcionar información tanto sobre el contenido de las visitas como sobre la manera en que fueron realizadas. Por ejemplo, un foco de atención de las intervenciones jamaicanas fue la empatía de la visitante y su función de apoyar a la madre a favorecer más eficazmente el desarrollo de su hijo. La supervisión es un componente esencial y es una consideración importante al planificar la puesta a escala de las intervenciones.

Frecuencia de las visitas

La frecuencia de visitas necesaria para alcanzar resultados positivos en el desarrollo infantil también es importante para determinar la viabilidad de la implementación de intervenciones similares a mayor escala. El estudio de Powell y Grantham-McGregor (1989) es el único que ha evaluado de manera formal el impacto de la frecuencia de las visitas sobre el nivel de beneficios alcanzados, y sus conclusiones han sido que se necesita una frecuencia mínima de visitas quincenales. La frecuencia de los contactos (se realizaron

visitas al hogar, además de sesiones en grupo) en la mayoría de las intervenciones fue de dos a cuatro veces al mes. Por consiguiente, pueden preverse beneficios para el desarrollo infantil a partir de programas en donde al menos se han realizado dos visitas al mes. No obstante, todavía se necesita investigar más a fondo para determinar si pueden conseguirse resultados positivos cuando las sesiones con la madre y el niño son menos frecuentes.

Asesoramiento personalizado a las madres provisto en los centros sanitarios

A pesar de la coherencia de las pruebas que apuntan a que proporcionar educación en prácticas adecuadas de crianza a través de las visitas al hogar beneficia el desarrollo infantil, el modelo continúa exigiendo una elevada intensidad en cuanto a recursos humanos. Se necesitan estrategias alternativas para llegar a un número mayor de niños, pero la evidencia de su impacto sobre el desarrollo infantil es limitada.

Un enfoque ha sido proporcionar a los padres asesoramiento y formación cuando acuden a los servicios sanitarios. Este modelo ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF como Cuidado para el Desarrollo Infantil, para formar parte de la estrategia Gestión Integrada de las Enfermedades Infantiles (OMS/UNICEF, 2012). El módulo proporciona directrices para que los profesionales de la salud aconsejen a los padres sobre cómo favorecer el desarrollo, e incluye fichas de asesoramiento con mensajes específicos para cada edad e ilustraciones de actividades. Las sesiones de asesoramiento tienen una duración de 5 a 10 minutos, y se llevan a cabo con las madres de manera individual; pueden realizarse en cualquier momento en que la madre y el niño acudan al servicio sanitario para realizar un seguimiento rutinario o con motivo de una enfermedad.

Existe información limitada sobre el impacto de este enfoque en el desarrollo infantil. Un estudio realizado en un condado rural de China, basado en los materiales de Cuidado para el Desarrollo Infantil, mostró beneficios significativos para el desarrollo infantil en

los niños cuyas madres habían recibido dos sesiones de asesoramiento de 30 a 60 minutos de duración, en comparación con el grupo de control (Jin y otros, 2007). Las conclusiones deben interpretarse con precaución, pues el evaluador era consciente del grupo al que cada niño estaba asignado. Las evaluaciones realizadas en tres países de Asia Central tras la formación del personal sanitario en Cuidado para el Desarrollo Infantil sugieren ciertos beneficios, según la información proporcionada por las madres sobre dos o tres de las cinco subescalas del Cuestionario sobre Edad y Estadios (Engle, 2011).

En otro estudio que empleó un enfoque basado en el centro sanitario participaron niños infectados con el VIH, cuyas madres o cuidadores fueron entrenados en planes individualizados de estimulación cuando acudían al centro para la visita regular del niño cada tres meses (Potterton y otros, 2009). Se favorecieron actividades centradas en el juego, adecuadamente adaptado a las fases de desarrollo, y que pudieran formar parte de la rutina cotidiana de la familia. Después de un año, como resultado de la intervención se apreciaron beneficios significativos para el desarrollo mental y motor, aunque tanto el grupo de control como el de intervención continuaron mostrando un retardo significativo.

Se necesita recabar más pruebas sobre la idoneidad del asesoramiento individual a los padres durante las visitas al centro sanitario para promover el desarrollo infantil. En los estudios disponibles, las intervenciones fueron llevadas a cabo por profesionales de la salud, lo que tendría implicaciones para su puesta a escala. Es también posible que las sesiones de asesoramiento tengan que ser de extensión suficiente para permitir un tiempo de demostración de las actividades y para que las madres puedan practicarlas.

Formación parental en sesiones de grupo

Las cifras de padres y de niños a quienes llegan las intervenciones para mejorar las prácticas de crianza podrían incrementarse también proporcionando intervenciones a través de sesiones de grupo. De nuevo, se han realizado relativamente pocas evaluaciones de este enfoque.

En un programa sobre prácticas adecuadas de crianza llevado a cabo en Bangladesh, grupos de aproximadamente 20 madres asistieron a sesiones educativas de 90 minutos de duración sobre salud, nutrición y promoción del desarrollo infantil (Aboud, 2007). Las sesiones fueron realizadas por mujeres con algún nivel de educación secundaria, que recibieron formación específica y supervisión. Las madres asistieron a una media de 16 sesiones. No se observaron beneficios para el vocabulario receptivo de los niños, que fue la única medida de desarrollo infantil, ni para la interacción verbal entre la madre y el hijo. Sí se comprobaron los efectos de leves a moderados sobre el grado de conocimiento y la estimulación de las madres en el hogar. En las sesiones, se promovieron los comportamientos positivos y se intentó conseguir la participación de las madres en las conversaciones y en la resolución de problemas. Sin embargo, las demostraciones fueron limitadas, y se emplearon muy pocos materiales.

A continuación, se implementó y se evaluó un enfoque mejorado para la provisión de sesiones en grupo para los padres (Aboud y Akhter, 2011). Además de las sesiones habituales de prácticas adecuadas de crianza en materia de salud, nutrición y desarrollo infantil, los padres recibieron seis sesiones sobre alimentación interactiva y juego, con realización de demostraciones, prácticas e identificación de materiales presentes en el hogar que podrían utilizarse para los juegos. Se constataron beneficios para el desarrollo del lenguaje de los niños, y las madres establecieron un diálogo más receptivo y facilitaron entornos más estimulantes en el hogar.

En Paraguay, se aplicó un programa de prácticas adecuadas de crianza realizado en grupo y con base en la comunidad, en el que participaron voluntariamente algunas de sus principales figuras, y que tuvo ventajas significativas para el desarrollo mental de los niños (Peairson y otros, 2008). Los padres asistieron a reuniones de periodicidad mensual, donde se les alentaba a promover el desarrollo mediante el juego y la comunicación verbal con sus hijos. Personal voluntario

realizó también visitas al hogar, pero existe poca información sobre su contenido o sobre su frecuencia.

Sostenibilidad de los beneficios

Los estudios revisados proporcionaron pruebas consistentes de que las intervenciones para mejorar la interacción entre los padres y el niño, y para favorecer las oportunidades de aprendizaje para los niños, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad a través de una variedad de enfoques, son beneficiosos para el desarrollo de los niños de familias pobres en países de ingresos medios y bajos. Por consiguiente, los niños que reciben intervenciones en la primera infancia podrían obtener mayor beneficio de la educación preescolar, y posteriormente durante la escolarización formal. La mayor capacidad cognitiva en la escuela durante la primera infancia pronostica mejores resultados en los niveles de logro educativo y de escolarización alcanzados (Grantham-McGregor y otros, 2007). Por lo tanto, es posible que los beneficios del desarrollo en la primera infancia guarden relación con ventajas a largo plazo en la educación, que benefician tanto al individuo como a la sociedad.

Algunos estudios de seguimiento sugieren que los beneficios podrían ser constantes, pero se requiere mayor investigación al respecto. En Jamaica, un programa de visitas al hogar para bebés de bajo peso al nacer, que finalizó cuando estos tenían 2 años de edad, mostró un mayor rendimiento a la edad de 6 años en cuanto al coeficiente intelectual y a la memoria, y redujo la incidencia de problemas relativos al comportamiento (Walker y otros, 2010). La reducción de los problemas relativos al comportamiento podría ser especialmente importante para estos niños en un momento en que realizan la transición a la escuela primaria. En un estudio colombiano realizado con anterioridad, las visitas al hogar hasta la edad de 3 años se asociaron a una mejor preparación para la lectura a la edad de 7 años, únicamente en niños varones (Super y Herrera, 1991).

Un pequeño estudio realizado sobre niños con desnutrición grave realizó un seguimiento de los mismos durante la adolescencia, hasta 11 años después

de finalizada la intervención. El grupo que recibió estimulación obtuvo mayores puntuaciones en el coeficiente intelectual que los niños que no habían recibido la intervención (Grantham-McGregor y otros, 1994) y también obtuvo mayores puntuaciones en lectura y en logros educativos, de manera general. La prueba más exhaustiva de los beneficios a largo plazo derivados de una intervención en la primera infancia procede del estudio jamaicano sobre niños que presentan retardo en el crecimiento: se han observado beneficios para la cognición, la educación, la salud mental y el comportamiento hasta la edad de 22 años (Walker y otros, 2011).

“La frecuencia de visitas necesaria para alcanzar resultados positivos en el desarrollo infantil también es importante para determinar la viabilidad de la implementación de intervenciones similares a mayor escala.”

En todos los estudios con seguimiento posterior, las visitas al hogar fueron realizadas semanalmente, y continuaron de 18 meses a 3 años. En Jamaica, el programa se centró en madres con empleo, para permitirles ser más eficaces a la hora de promover el desarrollo de sus hijos. Se alentó a las madres a dialogar con sus hijos y a escucharles, a emplear las actividades diarias para enseñarles conceptos, y a integrar actividades de juego en su rutina diaria. Es posible que la frecuencia de visitas, la duración del programa y el énfasis en llegar al niño a través de la madre contribuyeran a la sostenibilidad de las ventajas de la intervención.

Conclusiones

Promover un desarrollo óptimo entre los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad requiere prestar atención a la nutrición y a la salud, y garantizar la calidad de la interacción entre el niño y su cuidador, así como de las experiencias de aprendizaje. Los programas

que trabajan con los padres para ayudarles a promover el desarrollo de sus hijos han conducido a avances en el desarrollo infantil, cuyas pruebas más sólidas se han obtenido de las estrategias que proporcionan un enriquecimiento de las prácticas adecuadas de crianza a través de las visitas al hogar. Las ventajas sostenibles para la función cognitiva y psicológica y para el logro educativo han quedado demostradas. Posiblemente, estos benefician una mayor renta en la vida adulta, el buen funcionamiento en la sociedad, y las prácticas positivas de crianza de la siguiente generación. Por consiguiente, es urgente recabar más pruebas a favor de otros enfoques que proporcionan apoyo a los padres, incluyendo el asesoramiento individual y los grupos de apoyo, así como otras formas de implementar a escala el apoyo a los padres.

Debe desarrollarse un conjunto de estrategias que proporcionen programas integrales para la primera infancia, que incluyan oportunidades de aprendizaje, nutrición y salud. Existe la necesidad fundamental de una defensa continuada para la expansión de programas de prácticas adecuadas de crianza que contribuyan a mejorar el aprendizaje de los niños, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Estos deben incluirse como parte del núcleo de servicios proporcionados para los niños menores de 3 años.

Referencias

- Aboud, F.E. (2007). Evaluation of an Early Childhood Parenting Programme in Rural Bangladesh. *Journal of Health Population and Nutrition* 25: 3–13.
- Aboud, F.E. y Akhter, S. (2011). A cluster-randomized evaluation of a responsive stimulation and feeding intervention in Bangladesh. *Pediatrics* 127: e1191–1197.
- Eickmann, S.H., Lima, A.C., Guerra, M.Q., Lima, M. C., Lira, P.I., Huttly, S.R. y Ashworth, A. (2003). Improved cognitive and motor development in a community-based intervention of psychosocial stimulation in Northeast Brazil. *Developmental Medicine and Child Neurology* 45: 536–41.
- Engle, P.L. (2011). Care for Development in three Central Asian countries: report of process evaluation in Tajikistan, Kyrgyzstan, and Kazakhstan. Ginebra: Oficina Regional de UNICEF para Europa Central y Oriental, y Comunidad de Estados Independientes.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter L., Strupp, B. e International Child Development Steering Group. (2007). Child development in developing countries: developmental potential in the first five years for children in developing countries. *Lancet* 369: 60–70.
- Grantham-McGregor, S., Powell, C., Walker, S., Chang, S. y Fletcher, P. (1994). The long-term follow-up of severely malnourished children who participated in an intervention program. *Child Development* 65: 428–39.
- Grantham-McGregor, S.M., Powell, C.A., Walker, S.P. y Himes, J.H. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican study. *Lancet* 338: 1–5.
- Grantham-McGregor, S., Schofield, W. y Powell, C. (1987). Development of severely malnourished children who received psychosocial stimulation: six-year follow-up. *Pediatrics* 79: 247–54.
- Hamadani, J.D., Huda, S.N. Khatun, F. y Grantham-McGregor, S.M. (2006). Psychosocial stimulation improves the development of undernourished children in rural Bangladesh. *Journal of Nutrition* 136: 2645–52.
- Janssens, W. y Rosemberg, C. (2011). *The Impact of a Home-visiting Early Childhood*

- Intervention in the Caribbean on Cognitive and Socio-emotional Child Development*. Amsterdam: Amsterdam Institute for International Child Development.
- Jin, X., Sun, Y., Jiang, F., Ma, J., Morgan, C. y Shen, X. (2007). 'Care for Development' intervention in rural China: a prospective follow-up study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 28: 213–18.
- Lozoff, B., Smith, J.B., Clark, K.M., Perales, C.G., Rivera, F. y Castillo, M. (2010). Home intervention improves cognitive and social-emotional scores in iron-deficient anemic infants. *Pediatrics* 126: e884–894.
- Nahar, B., Hamadani, J.D., Ahmed, T., Tofail, F., Rahman, J.A., Huda, S.N. y Grantham-McGregor, S.M. (2009). Effects of psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in a nutrition unit in Bangladesh. *European Journal of Clinical Nutrition* 63: 725–31.
- Nahar, B., Hossain, M.I., Hamadani, J.D., Ahmed, T., Huda, S.N., Grantham-McGregor, S.M. y Persson, L.A. (2012). Effects of a community-based approach of food and psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in Bangladesh: a randomised trial. *European Journal of Clinical Nutrition* 66: 701–9.
- Organización Mundial de la Salud/UNICEF (2012). *Care for Child Development: Improving the care for young children*. Ginebra: OMS.
- Peairson, S., Berghout Austin, A.M., Nielsen de Aquino, C. y Urbieta de Burro, E. (2008). Cognitive development and home environment of rural Paraguayan infants and toddlers participating in *Pastoral del Niño*, an early child development program. *Journal of Research in Childhood Education* 22: 343–62.
- Potterton, J., Stewart, A., Cooper, P. y Becker, P. 2009. The effect of a basic home stimulation programme on the development of young children infected with HIV. *Developmental Medicine and Child Neurology* 52: 547–51.
- Powell, C. (2004). *An Evaluation of the Roving Caregivers Programme of the Rural Family Support Organization, May Pen, Clarendon, Jamaica*. Kingston: UNICEF.
- Powell, C., Baker-Henningham, H., Walker, S., Gernay, J. y Grantham-McGregor, S. (2004). Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 329: 89–92.
- Powell, C. y Grantham-McGregor, S. (1989). Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics* 84: 157–64.
- Super, C. y Herrera, M.G. (1991). *Cognitive Outcomes of Early Nutritional Intervention in the Bogota Study* (resumen). Washington, DC: Sociedad para la Investigación en el Desarrollo Infantil.
- Vazir, S., Engle, P., Balakrishna, N., Griffiths, P.L., Johnson, S.L., Creed-Kanashiro, H., Fernández Rao, S., Shroff, M.R. y Bentley, M.E. (2012). Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers. *Maternal and Child Nutrition* 9: 99–117.
- Waber, D.P., Christiansen, L., Ortiz, N., Clement, J.R., Christiansen, N.E., Mora, J.O., Reed, R.B. y Herrera, M.G. (1981). Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *American Journal of Clinical Nutrition* 34: 807–13.
- Walker, S.P. (2011) Promoting equity through early child development interventions for children from birth through three years of age. En: Alderman, H. (ed.) *No Small Matter. The impact of poverty, shocks, and human capital investments in early childhood development*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Walker, S.P., Chang, S.M., Powell, C.A. y Grantham-McGregor, S.M. (2004). Psychosocial intervention improves the development of term low-birth-weight infants. *Journal of Nutrition* 134: 1417–23.
- Walker, S.P., Chang, S.M., Vera-Hernández, M. y Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics* 127: 849–57.
- Walker, S.P., Chang, S.M., Younger, N. y Grantham-McGregor, S.M. (2010). The effect of psychosocial stimulation on cognition and behaviour at 6 years in a cohort of term, low-birthweight Jamaican children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 52: E148–54.

El proyecto Creciendo Juntos: mejorando la calidad de vida de la primera infancia por medio de la gestión municipal

Regina Moromizato, Directora Ejecutiva, Asociación Red Innova, Lima (Perú)

Con la provisión de un capital inicial y el apoyo técnico a los funcionarios públicos, tres municipios de Perú están implementando programas de visitas al hogar para niños muy pequeños. Como explica este artículo, las pruebas preliminares sugieren que hay margen para una amplia mejora de las actividades que promueven el aprendizaje de los niños en la primera infancia, entre otros resultados positivos. El modelo, que está siendo depurado, tiene el potencial de que pueda replicarse en otros municipios.

Perú está atravesando un proceso de descentralización, en el que los gobiernos locales teóricamente toman la iniciativa para mejorar el bienestar de sus poblaciones. Sin embargo, los funcionarios públicos a nivel gubernamental – especialmente en los municipios pequeños – con frecuencia carecen de las capacidades técnicas y organizativas para poder implementar servicios destinados a los niños pequeños y para garantizar la financiación que los hagan sostenibles.

A través del proyecto Creciendo Juntos, financiado por la Fundación Bernard van Leer e implementado por la Asociación Red Innova¹, los miembros de la Red de Municipios Rurales de Perú (REMURPE) de las regiones de Loreto, Huancavelica y Junín fueron invitados en el año 2011 a solicitar apoyo para iniciar proyectos destinados a los niños pequeños. Se recibieron 16 propuestas, cinco de las cuales fueron escogidas para ser presentadas públicamente a un jurado compuesto por representantes de instituciones relacionadas con el sector de la primera infancia. Finalmente, los municipios de Belén, Mazán y Río Tambo fueron

escogidos para recibir un capital inicial y desarrollar capacidades para implementar los proyectos que se presentaron.

Con poblaciones de tan solo unos pocos miles de habitantes, y sin embargo con complejos sistemas burocráticos, estos municipios suelen carecer de funcionarios públicos que estén suficientemente formados en las destrezas necesarias para proporcionar servicios de calidad para la primera infancia a escala. La Red Innova ha trabajado con funcionarios públicos asignados por estos municipios a la tarea de desarrollar su capacidad para realizar planes de trabajo con objetivos específicos, integrarlos en el plan de desarrollo local, esclarecer qué recursos tendría que aportar el propio municipio, e implementar un sistema de seguimiento basado en la metodología Tecnología Decisiones Informadas, creada por el Ministerio de Salud del país.²

También hemos ayudado a los municipios a abordar los problemas a medida que estos surgían. Por ejemplo, en Río Tambo, se hizo evidente que los biohuertos introducidos con el objetivo de mejorar la nutrición infantil no estaban siendo aprovechados, pues las familias no sabían cómo preparar la comida a partir de esos productos. Para solucionar ese problema, se introdujeron talleres de cocina. Mientras tanto, en Belén tuvo que reformularse el proceso de escoger “promotores” – cuyo papel era visitar a las familias y conseguir su participación – pues parecía que se estaba escogiendo a las personas según su estatus y no por su entusiasmo y por sus capacidades personales a la hora de satisfacer las demandas propias de su función.

Tabla 1 Los municipios lanzan una actividad intersectorial

El 100% de los municipios establece alianzas con otras partes interesadas y trabaja de manera conjunta con ellas		
Ministerio de Educación (MINEDU)	Ministerio de Salud (MINSA)	Ministerio de Vivienda, Construcción y Sanidad
Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)	Ministerio para la Mujer y Poblaciones Vulnerables	
El 100% de los municipios lleva a cabo diagnósticos sobre el sector de la primera infancia		
El 100% de los municipios legitima Instancias de Articulación y Coordinación (IAC) y un Comité de Gestión para el sector de la primera infancia		
El 100% de los municipios lanza iniciativas de investigación a través de un Centro de Vigilancia Comunal (CVC), en coordinación con el sector de la salud		
El 100% de los municipios implementa estrategias de visitas al hogar para fortalecer el papel de las familias		

Tabla 2 Niños protegidos durante el primer año

737 niños con mejor salud, nutrición y educación

	Municipio de Belén		Municipio de Mazán		Municipio de Río Tambo	
	Referencia (agosto de 2012) %	Situación en diciembre de 2012 %	Referencia (agosto de 2012) %	Situación en diciembre de 2012 %	Referencia (agosto de 2012) %	Situación en diciembre de 2012 %
Malnutrición crónica en niños menores de 3 años	43.00	36.00	38.00	36.00	49.00	47.50
Familias que lavan con agua y jabón	43.04	45.60	47.19	72.97	73.91	85.77
Niños menores de 6 meses que son alimentados exclusivamente por lactancia*	0.00	60.80	14.29	14.29	0.00	7.84
Familias que juegan o cantan con sus hijos	31.43	43.80	97.72	99.55	58.70	73.08
Niños que acuden al centro de vigilancia comunal (CVC)	10.70	41.10	22.50	89.33	15.77	25.00
Niños con tarjeta identificativa	71.20	78.60	65.12	90.00	60.23	68.63

* El bajo porcentaje de este indicador significa que los bebés menores de 6 meses no son alimentados exclusivamente por lactancia.
Fuente: Censo del distrito, aplicado por los municipios de los distritos de Mazán, Belén (en Loreto) y Río Tambo (en Junín), empleando la Tecnología de Decisiones Informadas durante los periodos de 2011 y 2012; base de datos del Centro de Salud de Belén, del Dispensario Médico de Mazán y del Dispensario Médico de Puerto Ocopa

Hemos informado a los funcionarios públicos acerca de los distintos y variados mecanismos que podían utilizar a la hora de solicitar inversiones públicas y privadas para los servicios destinados a la primera infancia. El Ministerio de Economía tiene algunos mecanismos en marcha, como los Incentivos Municipales o el Plan de Modernización, un Presupuesto Participativo y distintos proyectos de inversión pública, que sin embargo requieren destrezas en la redacción de propuestas de proyectos, que no todos los funcionarios públicos del municipio poseen. También hemos ayudado a los funcionarios públicos a conseguir la participación del sector privado para que se generen sinergias entre los sectores público y privado.

Sin embargo, incluso contando con recursos financieros se necesita la estructura correcta para proporcionar servicios a escala. Por lo tanto, hemos apoyado a los municipios para crear una plataforma – denominada Instancia de Articulación y Coordinación (IAC) – para coordinar a todas las instituciones y a los sectores responsables del bienestar de los niños y de su desarrollo desde antes del nacimiento. Estos mecanismos han empleado los centros de salud como punto central para realizar un seguimiento del crecimiento de los niños, conseguir la participación de las familias y apoyar la formación de los agentes de la comunidad responsables de las visitas al hogar.

La intervención con visitas al hogar

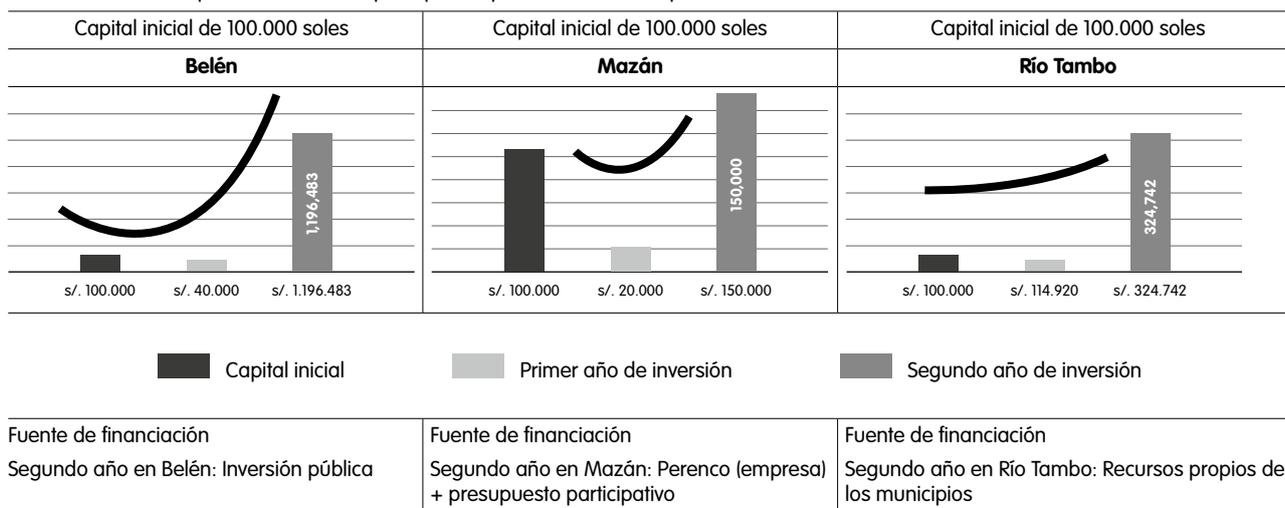
Durante el año 2012, los servicios para la primera infancia introducidos por estos tres municipios llegaron a un total de 737 niños menores de 3 años, y 574 familias fueron objeto de actividades como visitas al hogar, que abarcaron cuestiones de salud, nutrición, estimulación y protección, y que tenían el fin de ayudar a las madres a desarrollar hábitos saludables para la crianza de sus hijos. En el año 2013, se prevé que estas cifras aumenten a 2.276 y 1.767, respectivamente.

Los visitantes al hogar visitan a cuatro familias al día, y cada familia es visitada dos veces al mes. Los resultados preliminares sugieren que algunos municipios han presentado avances sólidos en algunos ámbitos. Por ejemplo, en el indicador más relevante para el aprendizaje temprano – el porcentaje de familias que juega y canta con sus hijos – dos de los municipios registraron avances esperanzadores (desde el 31% al 44% en Belén, y del 59% al 73% en Río Tambo; en Mazán, el 98% de las familias ya cantaba y jugaba con sus hijos).

Las cifras de partida tan diferentes para el canto y el juego reflejan las diferencias de contexto entre los municipios. Aunque las tres zonas son pobres, Mazán – donde casi todos los padres cantan y juegan con sus hijos – tiene índices muy bajos de criminalidad, y una densa población, con zonas dedicadas a los juegos y al deporte.

Tabla 3 Mayor inversión para más niños

El 100% de los municipios incrementa su presupuesto para el sector de la primera infancia



Fuente: Informe del primer año en los municipios de Belén, Mazán y Río Tambo

Por el contrario, en Belén existe un elevado índice de criminalidad, falta de zonas seguras para el juego, y los padres suelen trabajar en los mercadillos, dedicando a ello muchas horas al día. Todos estos factores parecen limitar las oportunidades para que los padres de Belén jueguen y desarrollen vínculos sólidos de apego con sus hijos.

Esta situación señala también la necesidad de comprender que cada contexto tiene sus propios retos, en lugar de tratar de estandarizar el enfoque. El hecho de reflejar los retos únicos de cada ubicación conduce a ideas que se adaptan al contexto: por ejemplo, estamos examinando la posibilidad de conseguir la participación de los adolescentes para que jueguen con los niños pequeños, en un esfuerzo por garantizar que los menores de 3 años tengan al menos una hora de juego y de canto cada día.

Las tres comunidades que han participado en este proyecto fueron escogidas a través de una licitación competitiva, lo que significa que su entusiasmo por el logro estaba ahí desde el principio. Para replicar el modelo de capital inicial y de desarrollo de capacidad técnica van a plantearse distintos retos, ya que además es necesario persuadir a los líderes municipales a participar, en primer lugar. A juzgar por nuestra experiencia hasta la fecha, trabajar en localidades adicionales requerirá prestar atención a cinco grandes retos:

Reto 1: Identificar el alcance del problema que afecta a los niños y comprometerse firmemente a motivar un cambio

- ¿Cuántos niños menores de 3 años viven en la zona?
- ¿Cómo podemos averiguar la existencia de niños menores de 3 años?
- ¿Cómo podemos recopilar información sobre cada niño que vive en el distrito cuando disponemos de un presupuesto limitado?
- ¿Que deberíamos hacer cuando los factores que afectan al desarrollo saludable de los niños dependen de otros factores, además de la decisión de la alcaldía?
- ¿Cuál debería ser el primer paso para provocar el cambio?

Reto 2: Asumir la iniciativa y promover la acción transversal a nivel territorial

- En su posición de primera autoridad local, ¿el alcalde del municipio se considera a sí mismo como el líder designado para motivar un cambio?
- ¿Cómo podemos conseguir la participación del Ayuntamiento municipal para apoyar decisiones a favor del sector de la primera infancia?
- ¿El municipio puede desarrollar una acción concertada con otras instituciones públicas?
- ¿Qué instituciones o sectores de la zona son responsables para el sector de la primera infancia?
- ¿Cuáles son los elementos y organismos que debemos coordinar?

- ¿Qué normas y mecanismos contribuyen a conseguir esa coordinación a nivel territorial?

Reto 3: Demostrar que mejora la calidad de vida de los niños

- ¿Existe un sistema confiable de intercambio de información que nos permita descubrir cómo evolucionan los niños en su desarrollo?
- ¿Quién es responsable de recabar la información?
- ¿Quién es responsable de supervisar el crecimiento y el desarrollo adecuado de los niños?
- ¿Cómo puede analizarse la información y transformarse en mejores prácticas de intervención?

Reto 4: Crecimiento de calidad

- ¿Qué condiciones deberían garantizarse para ampliar la cobertura y garantizar la calidad?
- ¿Es posible desarrollar una “idea” de calidad siguiendo estándares que tengan en cuenta las posibilidades reales, las expectativas de la población y los patrones culturales de la localidad?
- ¿Los “buenos” resultados bastan para manifestar que la calidad del programa es óptima?
- ¿Cómo podemos evitar perder calidad cuando hay un crecimiento progresivo?

Reto 5: Garantizar la continuidad de la intervención a largo plazo

- ¿Cómo podemos garantizar que la decisión del actual gobierno municipal permanezca en el tiempo?
- ¿Qué mecanismos deben incorporarse a la gestión municipal para garantizar que la infancia sea un asunto de interés a largo plazo?
- ¿La población tiene un papel que desempeñar?
- ¿Qué mecanismos de la administración pública ayudan a los municipios locales a captar inversiones en el sector de la primera infancia?
- ¿Cómo se atrae la inversión privada al sector de la primera infancia?
- ¿Basta con formular un plan de desarrollo local a largo plazo para garantizar que los niños disfruten de su derecho a una vida mejor?
- ¿Cómo puede abordarse la sustitución del personal a nivel local?

- ¿Cuál es la formación que debería fortalecerse y para qué personas, para garantizar que exista suficiente personal formado para proveer un cuidado adecuado en la primera infancia, con independencia de cuál sea su papel durante el proceso de intervención?

A pesar de todos estos retos, la experiencia hasta ahora ha sido muy positiva. Los tres municipios han conseguido ya incrementar los recursos financieros que les permitan llegar a más niños en el curso del año 2013, dos de ellos por cantidades muy significativas, desde un punto de partida bastante inferior en el año 2012. Esperamos que esta experiencia y las observaciones resultantes sean una inspiración para otras iniciativas que pretenden cambiar el curso vital de muchos niños en los países en que operamos.

Notas

- 1 Creada en el año 2009, la Asociación Red Innova es una organización sin ánimo de lucro, que gestiona una red benéfica de organizaciones y que apoya el desarrollo humano mediante la mejora de las condiciones de la calidad de vida, especialmente a través de una mejor salud y de la educación. El trabajo de la Asociación se basa en la cooperación de las partes interesadas, garantizando la transferencia y la sostenibilidad de los proyectos a través de trabajos que tendrán un impacto sobre las políticas públicas y sobre el desarrollo de capacidades entre la población.
- 2 Más información acerca de la Tecnología Decisiones Informadas, disponible en español en el sitio web del Ministerio Peruano de Salud, en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/5/315/tecnologia-decisiones-informadas/jer.315> (último acceso, mayo de 2013).

El Programa *Mãe Coruja Pernambucana*: una exhaustiva red de cuidado para reducir la mortalidad materna e infantil en el estado de Pernambuco (Brasil)

Ana Elizabeth de Andrade Lima, Coordinadora, Comité Ejecutivo, Lusanira Santa Cruz, Directora de apoyo técnico, Cristina Pinheiro Rodrigues, Experta de programa, Virgínia Maria Holonda de Moura, Directora asistente, Renata A.L. Campos, Coordinadora, Consejo Asesor, y Tania A. Lima, Experta supervisora, Programa *Mãe Coruja*; Maria da Conceição Silva Cardozo, Coordinadora de seguimiento y supervisión, Región de Salud I, Pernambuco

Desde que se estableció en el año 2007, el Programa *Mãe Coruja* (PMC) se ha convertido en un modelo de intervención eficaz para los niños pequeños del estado brasileño de Pernambuco. Este artículo describe el modo en que se implementó el programa, cómo se gestiona, y los retos para desarrollar una intervención que pueda servir como punto de referencia para la política pública de todo el país.

El estado de Pernambuco está situado en el noreste de Brasil. Tiene una población de 8.796.448 habitantes, y una densidad poblacional de 89,63 habitantes por kilómetro cuadrado (datos de 2010). La capital de Pernambuco es Recife, y el estado está compuesto por 184 municipios, así como por el territorio Fernando de Noronha.

Aunque la zona está atravesando un proceso acelerado de desarrollo, conducente a la mejora de sus indicadores sociales y económicos, así como a una reducción de los índices de mortalidad infantil, todavía persisten importantes diferencias sociales entre las distintas regiones del estado. Por ejemplo, según cálculos del año 2011, en algunas zonas de Recife los niños tienen el doble de probabilidades de sobrevivir que los niños que viven en las zonas más agrestes de la región de Pernambuco.

El Programa *Mãe Coruja Pernambucana* fue establecido por el gobierno estatal en octubre de 2007. Su objetivo fue reducir la mortalidad materna e infantil y proporcionar cuidado para las mujeres embarazadas y sus hijos hasta la edad de 5 años, garantizando un crecimiento y un embarazo saludables, y fortaleciendo los vínculos emocionales. La expresión *mãe coruja* (madre lechuza) forma parte de la cultura popular; aplicando la idea de que la lechuza representa tanto el conocimiento como la capacidad de visión a 360 grados, implica un respeto por las madres que cuidan a sus hijos y que se sienten orgullosas de ellos.

El programa *Mãe Coruja* tomó forma a partir de las experiencias reunidas en otras partes de Brasil – incluyendo el programa *Primera Infancia Mejor*, descrito en las páginas 37–39 de esta edición de *Espacio para la Infancia*

– y en otros países, como el programa *Educa a tu Hijo*, de Cuba. Pero a pesar de estas fuentes de inspiración, el diseño del programa tuvo que basarse en las propias necesidades, retos y realidades de Pernambuco.

El programa *Mãe Coruja* creó una red de atención basada en los sectores de la salud, la educación y el desarrollo social, integrada por nueve departamentos estatales: Salud; Educación; Desarrollo Social; Derechos Humanos; Empleo, Formación e Iniciativa Empresarial; Agricultura y Reforma Agraria; Mujer; Infancia y Juventud; y Planificación, Gestión y Gobierno. El programa coordina a las distintas partes y actúa conjuntamente con los distintos departamentos; además, es gestionado conjuntamente por el estado y por los municipios, así como por otros organismos como universidades, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

Los principios fundamentales del programa son: identificar las necesidades de las madres y de los niños, y analizar la situación de cada municipio; organizar redes de asistencia; integrar la gestión de los servicios de asistencia social y de salud, respetando al mismo tiempo la autonomía de las partes implicadas; y fortalecer la atención primaria, estableciendo un diálogo con otros servicios de apoyo.

La estructura organizativa del programa está compuesta por un Consejo Consultor, coordinado por la Primera Dama del Estado y supervisado por el Gobernador; un Comité Ejecutivo coordinado por el Departamento de Salud; un Comité Asesor; cuatro coordinadores del estado; 12 coordinadores regionales; y una oficina local de *Mãe Coruja* en aquellos municipios donde los índices de mortalidad son igual o superiores a 25 por cada 1.000 bebés nacidos vivos (datos de 2006–2009). Como se muestra en la Ilustración 1, existen oficinas locales de *Mãe Coruja* en un total de 103 municipios, situados en las 12 Regiones de Salud. Entre todos ellos, hay casi 95.000 mujeres registradas, y 42.000 niños acompañados (SIS-*Mãe Coruja* 2013).

Implementación, gestión y avance

El programa fue implementado tras haber identificado las necesidades y las prioridades de los sectores más vulnerables de la población. Entre ellas se incluían el fortalecimiento del Comité Estatal de Investigación sobre Mortalidad Maternal, y del Comité Estatal de Reducción y Prevención de la Mortalidad Infantil; garantizar el acceso a la documentación; fortalecer los vínculos familiares y emocionales; acceso a la protección social básica; mejora de la nutrición y de la seguridad alimentaria; inclusión social través de la capacitación y formación de las mujeres; y generación de ingresos. La implementación del programa se llevó a cabo en momentos diferentes en las distintas regiones de salud, comenzando en 2007 y finalizando en 2011.

El estado adoptó un modelo de gestión basado en los resultados. Se definieron acciones y objetivos prioritarios, de los cuales se hizo un seguimiento a través de un mapa estratégico que fue supervisado por el Gobernador del estado, con un sistema de información basado en la web, diseñado especialmente como una herramienta para el seguimiento, la supervisión y la evaluación.

Los avances conseguidos por el programa incluyen:

- fortalecimiento de las políticas de atención primaria a través de la cofinanciación
- implementación por parte de las oficinas locales de *Mãe Coruja* de una estructura en red para coordinar el cuidado de las mujeres embarazadas y de los niños registrados en el programa del municipio
- introducción de programas de asistencia para la primera infancia
- implementación de la supervisión y de la evaluación de los indicadores del programa a través del Sistema de Información del Programa *Mãe Coruja* (SIS-*Mãe Coruja*) y de un análisis de la situación de cada oficina local
- inversión en la reorganización de la Red Maternal e Infantil
- colaboración, como una estrategia de la *Rede Cegonha* (Red Cigüeña)
- fortalecimiento de los Comités de Investigación sobre

Mortalidad Maternal e Infantil

- fortalecimiento de la Red Perinatal
- incremento del número de plazas hospitalarias de obstetricia y de atención intensiva al neonato
- reducción de la mortalidad infantil: en el periodo 2006–2011, el índice de mortalidad infantil en Pernambuco descendió desde el 21,3 al 15,7 por cada 1.000 bebés nacidos vivos. El índice de avance ha variado a lo largo de las distintas Regiones de Salud, en parte reflejando los tiempos distintos en el cual el programa fue implementado en cada región.

Retos y lecciones

Todo programa para reducir la mortalidad maternal e infantil debe tener en cuenta los diversos factores que la causan, y los distintos departamentos gubernamentales que pueden influir sobre dichos factores: Salud, Educación, Desarrollo Social, Derechos Humanos, Agricultura, Infancia y Juventud, Mujer, Empleo, Formación e Iniciativa Empresarial, Planificación, Gestión y Gobierno, etc. También es necesario establecer asociaciones con los municipios, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

La tarea no es fácil. Requiere ir más allá de los paradigmas institucionales, identificar los recursos humanos y financieros, planificar de acuerdo a las necesidades y prioridades, y desarrollar concienciación entre los gestores, los expertos técnicos y los colaboradores. La coordinación intersectorial es un reto constante, pero necesario si cada intervención debe tomar forma según un análisis de la situación en que todas las partes sean conscientes de sus responsabilidades particulares.

Desde el principio del programa, la participación activa de todos los sectores se consideró un factor clave. El objetivo era que todos los integrantes se sintieran parte de la intervención, y por lo tanto también responsables de sus resultados. Con este fin, *Mãe Coruja* comenzó un gran proceso de concienciación a lo largo de todo el estado, en el que participaron organizadores, expertos técnicos de distintos campos, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. Fue un amplio



El Programa Mãe Coruja Pernambucana fue creado por el gobierno estatal en 2007 con el objetivo, entre otros, de proporcionar cuidado para las mujeres embarazadas y sus hijos hasta la edad de 5 años. Foto • Cortesía Programa Mãe Coruja Pernambucana

proceso de debate que tuvo lugar a través de la emisión de videos, de rondas de conversaciones y de reuniones, y que con frecuencia exigió deconstruir modos existentes de trabajar y de pensar para poder construir algo nuevo.

Fue necesario llevar a cabo un exhaustivo programa de formación para todos los profesionales implicados, y tuvo que crearse un sistema de información – SIS-Mãe Coruja – que permitiera realizar un seguimiento a tiempo real. Con ello se consiguió que todas las actividades del programa pudieran ser supervisadas y que pudieran emprenderse acciones rápidamente cuando fuera necesario.

Desde el principio, se hizo evidente que este no era un programa piloto, sino una estrategia para desarrollar una política estatal que pudiera convertirse en modelo

y en referencia para todo el país: una política basada en el cuidado, en los vínculos emocionales, en el sentido de pertenencia y en la valoración del conocimiento de los individuos. Al tener un modelo de gestión basado en los resultados, el programa Mãe Coruja dispone de sus propios recursos financieros y de un presupuesto claramente definido, lo que a su vez le confiere la fortaleza y la capacitación política para su sostenibilidad.

Padres y aprendizaje en la primera infancia: lo que sabemos

Basado en un artículo de Fiona McAllister y Adrienne Burgess, del Fatherhood Institute (Reino Unido); y de Jane Kato y Gary Barker, de Promundo (Brasil)

Dada la importancia crucial de las prácticas adecuadas de crianza para el aprendizaje de los niños durante los primeros tres años de vida, es razonable emitir la hipótesis de que conseguir una mayor participación del progenitor masculino en la crianza se traduce en mejores resultados de aprendizaje.

Este artículo resume las conclusiones de una investigación más amplia acerca de la participación de los padres, encargada por la Fundación Bernard van Leer y publicada en el año 2012.

La Fundación Bernard van Leer encargó al Fatherhood Institute, del Reino Unido, en colaboración con la ONG brasileña Promundo – que dirige la campaña MenCare¹ – que evaluara el estado actual de conocimiento sobre los programas dirigidos a incrementar la participación de los progenitores masculinos (y su papel) en las vidas de los niños pequeños. El informe resultante, *Fatherhood: Parenting Programmes and Policy – A critical review of best practice (Paternidad: política y programas de prácticas adecuadas de crianza. Una revisión crítica de las mejores prácticas)*, extrae lecciones a partir de 20 estudios de casos (McAllister y otros, 2012).

“Todavía es un reto alentar a los hombres a que hagan uso de los permisos a que tienen legalmente derecho, por ejemplo incrementando la flexibilidad del permiso y mejorando los incentivos de tipo económico.”

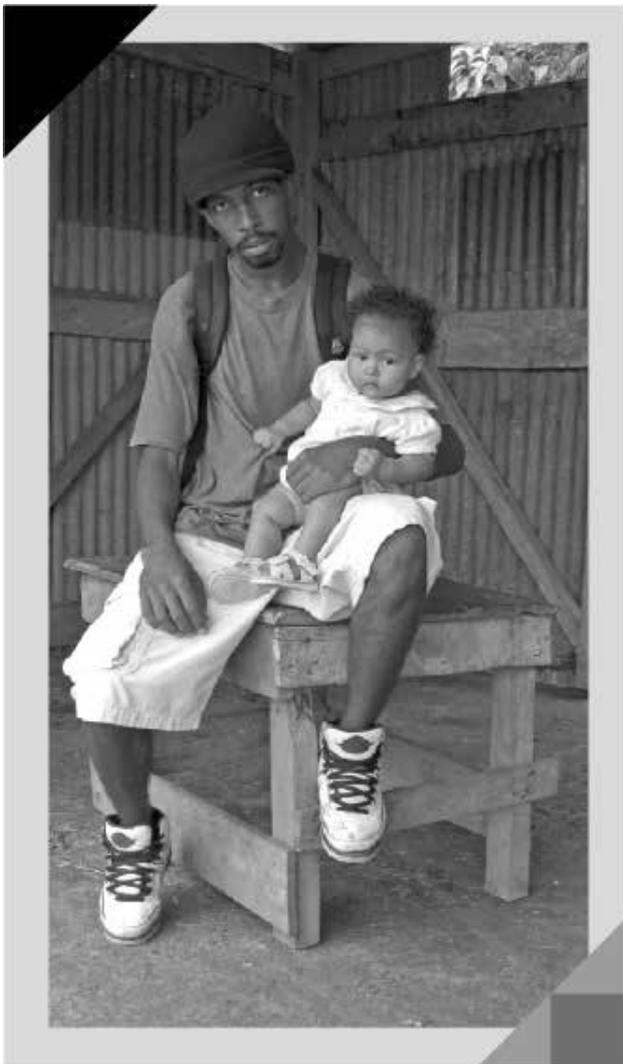
Es una conclusión firmemente establecida que la participación de los padres se asocia a una amplia diversidad de resultados positivos para los niños. Desafortunadamente, no existen tantas evidencias sobre la eficacia de las intervenciones para promover la participación de los progenitores masculinos. La mayoría de las intervenciones en materia de prácticas positivas de crianza no realizan un esfuerzo específico por dirigirse a los padres. Además, muchas de ellas ni siquiera desglosan los datos por sexo, lo que imposibilita discernir cuántos padres participaron, y si un programa tuvo distintos resultados sobre los niños cuyos padres sí

participaron. En los pocos casos en que se han evaluado sólidamente las intervenciones dirigidas a los padres, tan solo se ha realizado un seguimiento a corto plazo, por lo que no se han podido comprobar los resultados a largo plazo.

No obstante, existen algunos indicios que sugieren que los esfuerzos encaminados a conseguir la participación de los padres en la crianza dan buenos resultados. Por ejemplo, un estudio realizado sobre 3.000 niños y sus padres concluyó que los padres que habían participado en el programa Early Head Start de los EE.UU. tenían una probabilidad significativamente menor de emplear una disciplina severa que los padres del grupo de control. Igualmente, en los EE.UU., ensayos controlados aleatorizados de proyectos llevados a cabo por Philip y Carolyn Cowan concluyeron que la participación de ambos progenitores era más beneficiosa que la de uno solo de ellos.

En países donde la legislación laboral facilita el permiso de paternidad así como de maternidad para los nuevos progenitores, se ha comprobado que en las familias donde los padres recurren a su permiso por paternidad es más probable que el padre tenga una mayor participación en el cuidado del niño, y que la madre amamante al bebé y tenga menor probabilidad de padecer depresión posparto. No obstante, continúa siendo un reto alentar a un mayor número de hombres a que hagan uso de los permisos a que tienen legalmente derecho, por ejemplo incrementando la flexibilidad del permiso y mejorando los incentivos de tipo económico. Los países nórdicos cuentan con la provisión de servicios mejor establecidos y más generosos para los padres; otros países europeos y Australia han ido avanzando en esa dirección recientemente, pero la tendencia todavía tiene que penetrar de manera significativa en el Este Asiático o en África.

En los países en vías de desarrollo, las pruebas a favor de promover la participación de los progenitores masculinos se distribuyen de manera mucho más irregular. Un ejemplo es el proyecto *Écoles des Maris* (“Colegios para maridos”) llevado a cabo en Níger, financiado por



Generalmente se acepta que la participación de los padres se asocia a una amplia diversidad de resultados positivos para los niños.

Foto • Peter de Ruyter/Bernard van Leer Foundation

UNFPA, que pretende formar *maris modèles* (“maridos modelo”) para difundir información acerca de las ventajas de recurrir a los servicios sanitarios locales. Aunque el proyecto no ha sido evaluado de manera rigurosa, las pruebas anecdóticas obtenidas a partir de los participantes apuntan a un cambio en las actitudes y a resultados significativamente mejores en cuanto a la salud materna y a la del recién nacido.

El estudio recomienda que los programas existentes que trabajan con padres – comenzando, en gran medida, por los servicios prenatales – deberían realizar un esfuerzo

mayor para incluir y alentar la participación masculina. El microcrédito, la transferencia de fondos bajo ciertas condiciones, y los programas de salud maternal y de supervivencia infantil son ejemplos de desarrollo de servicios nacionales que actualmente tienden a dirigirse hacia las madres, y que podrían ser extendidos hasta abarcar a un mayor número de hombres. Las campañas nacionales de promoción y defensa como MenCare podrían contribuir a cambiar las actitudes, como parte de un enfoque holístico. Por encima de todo, se necesitan evaluaciones más rigurosas para evaluar la eficacia de todos los distintos enfoques posibles: incluyendo las consecuencias que ello tiene sobre el aprendizaje en la primera infancia.

Referencia

McAllister, F., Burgess, A., Kato, J. y Barker, G. (2012). *Fatherhood: Parenting Programmes and Policy – A critical review of best practice*. Londres/ Washington, DC: Fatherhood Institute/Promundo/MenCare. Disponible en <http://www.comunit.com/early-child/content/fatherhood-parenting-programmes-and-policy-critical-review-best-practice> (último acceso, abril de 2013).

Nota

¹ Información acerca de la campaña mundial sobre paternidad MenCare, disponible en www.men-care.org (último acceso, abril de 2013).

Programas de visita al hogar: evolución en el uso de los teléfonos móviles

Harouna Ba, Científico investigador, y Loulou Bangura, Asistente de investigación, Centro de Desarrollo para la Educación, Centro para los Niños y la Tecnología, Nueva York (EE.UU.)

¿Qué papel puede desempeñar la tecnología móvil para promover el aprendizaje en la primera infancia entre el grupo etario de 0 a 3 años? Más allá de la proliferación de aplicaciones destinadas a los padres, la tecnología móvil está revolucionando la prestación de los servicios de visitas al hogar. Aunque en la actualidad las intervenciones se centran más especialmente en la salud que en el aprendizaje en la primera infancia, el uso de los teléfonos móviles puede potenciar la eficacia de los programas de visitas al hogar para mejorar el aprendizaje en la primera infancia entre los niños muy pequeños.

Bajo la sombra de un árbol rodeado por cabañas con tejados de paja, una trabajadora voluntaria de la comunidad sigue las indicaciones sencillas o las instrucciones verbales que recibe en su teléfono móvil para preguntar a una madre sobre la salud y el desarrollo de su hija de un año de edad. Según las respuestas de la madre, la trabajadora voluntaria le enseña a proporcionar una nutrición adecuada a su hija y a participar en actividades que potencian el desarrollo cognitivo de la niña. Breves vídeos recibidos y visualizados en el teléfono ayudan a instruir a la madre acerca de las mejores prácticas alimenticias y de actividades que puede realizar con su bebé para promover un buen desarrollo. Los datos que la trabajadora recopila mientras habla con la madre se transmiten a una base de gestión de datos [...] y pueden ser utilizados después para proporcionar información y asistencia al personal voluntario, lo que contribuye a que realicen mejor su labor.

CARE, 2013: 1

En los últimos años, se ha producido un aumento espectacular del acceso a los teléfonos móviles en los países en vías de desarrollo. Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones (2013), se calcula que existen 89 usuarios de tecnología móvil por cada 100 personas en los países en vías de desarrollo, desde los 49 que había hace solo 5 años. La Fundación Bernard van Leer encargó una investigación que estamos llevando a cabo sobre el uso de teléfonos móviles en los programas de visitas al hogar. Este artículo expone las conclusiones preliminares de una revisión realizada en línea de artículos e informes, tanto publicados como no publicados.

Como señala un informe de la UNESCO:

Los teléfonos móviles tienen el potencial de contribuir a que los programas de calidad para la primera infancia establezcan bases sólidas para el aprendizaje y el desarrollo, y a que mejoren las oportunidades a lo largo de la vida, en particular para los niños vulnerables y en situación desfavorecida.

UNESCO, 2012: 1

El uso de teléfonos móviles de bajo coste se está haciendo cada vez más común en los programas de visitas al hogar, con un creciente porcentaje de programas que los emplean para mejorar la gestión y la provisión de apoyo y de servicios (Mhila y otros, 2009).

Las características comunes de los programas de visitas al hogar que hemos examinado en África y en Asia incluyen el uso de teléfonos móviles que contienen herramientas estandarizadas para la recopilación de datos, la planificación y la evaluación de riesgos; posteriormente, la información es presentada a un servidor central para su análisis, realización de informes y de seguimientos individuales. Con frecuencia, el programa informático utilizado es de código abierto y soporta distintos idiomas (como por ejemplo, francés y wolof). Los profesionales que realizan las visitas al hogar y las familias participantes reciben formación sobre cómo utilizar los teléfonos móviles para completar tareas específicas.

Entre los programas examinados, se incluyen los siguientes:¹

- ChildCount+, una iniciativa del Proyecto Millennium Villages llevada a cabo en múltiples países africanos, emplea teléfonos móviles para coordinar las actividades de los trabajadores de la salud y para reducir las carencias observadas en el tratamiento (Center for Health Market Innovations, 2013).
- A través del proyecto Pesinet, en Bamako (Mali), los agentes visitan a los niños en sus hogares cada semana para recopilar datos sobre su salud que después transmiten a los doctores, quienes pueden identificar a los niños que están en riesgo y sugerir la concertación de una visita (Pesinet, 2013).

- HealthPhone, en la India, carga previamente los teléfonos móviles con información audiovisual sobre temas relativos a nutrición, desarrollo y aprendizaje en la primera infancia. Por lo tanto, puede accederse a la información incluso sin una señal de red (HealthPhone, 2013).
- Planned Activities Training (PAT) emplea una aplicación móvil para mejorar las interacciones entre padres e hijos de Kansas (EE.UU.), que enseña a los padres a planificar actividades diarias, a disponer lo necesario para los niños, a conseguir su participación y a minimizar los comportamientos no deseados (Bigelow y otros, 2008).

Hay algunas evidencias prometedoras. Por ejemplo, en el programa PAT, madres aleatoriamente asignadas a la intervención en la que se empleaban teléfonos móviles tuvieron una probabilidad mucho mayor de seguir participando activamente durante las visitas al hogar y menor probabilidad de abandono del programa, y sus hijos mostraron más posibilidades de mantener un mejor comportamiento tras un periodo de seis meses, en comparación con el grupo de control (Bigelow y otros, 2008).

A pesar de la rápida difusión de la tecnología móvil, continúan presentándose retos para llegar a las poblaciones más remotas y desfavorecidas. Dichos retos incluyen el acceso limitado a la electricidad para la recarga de las baterías del teléfono, los índices de pérdida y de rotura de teléfonos, los problemas para un buen acceso a Internet, y los escasos niveles de alfabetización entre padres y tutores.

No obstante, los enfoques examinados hasta la fecha son prometedores, y las organizaciones están refinando sus estrategias y buscando maneras de replicar los componentes efectivos de sus programas para poder llevarlos a escala. Por lo tanto, el uso de tecnología móvil para mejorar el aprendizaje en la primera infancia a través de las intervenciones de visitas al hogar podría evolucionar rápidamente en los próximos años.



El uso de los teléfonos móviles puede potenciar la eficacia de los programas de visitas al hogar. Foto • Peter de Ruiter/Bernard van Leer Foundation

Referencias

- Bigelow, K.M., Carta, J. y Lefever, J.B. (2008). Using cellular phone technology to enhance a parenting intervention for families at risk for neglect. *Child Maltreatment* 13(4): 362-7, PMID 18794303.
- CARE (2013). *A Concept Note: Using Mobile Health Technology to Improve Nutrition and Early Childhood Development*. Disponible en: <http://childhealthandnutrition.care2share.wikispace.net> (último acceso, mayo de 2013).
- Center for Health Market Innovations (2013, en línea). Programs – ChildCount+. Disponible en: <http://healthmarketinnovations.org/program/childcount> (último acceso, mayo de 2013).
- HealthPhone (2013, en línea). Featured Videos – HealthPhone Essentials. Disponible en: <http://www.healthphone.org> (último acceso, 2013).
- International Telecommunications Union (2013). Key ICT Indicators for developed and developing countries and the world (totals and penetration rates). Disponible en: http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/at_glance/KeyTelecom.html (último acceso, mayo de 2013).
- Mhila, G., DeRenzi, B., Mushi, C., Wakabi, T., Steele, M., Dhadialla, P. y otros (2009). Using mobile applications for community-based social support for chronic patients. Disponible en: <http://www.comcarehq.org/pdfs/mhila.pdf> (último acceso, mayo de 2013).
- Pesinet (2013, en línea). Program in Bamako, Mali. Disponible en: <http://www.pesinet.org/wp/2013/03/pilot-project/> (último acceso, mayo de 2013).
- UNESCO (2012). Crowdsourcing Challenge 6 de la EPT – Atención y Educación de la Primera Infancia. ¿Cómo podemos usar los teléfonos móviles para mejorar la Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI)? Disponible en: http://www.unesco.org/new/es/education/resources/online-materials/single-view/news/efa_crowdsourcing_challenge_n6_early_childhood_care_and_education/ (último acceso, julio de 2013).

Nota

- ¹ Más información sobre los programas y los recursos relacionados, disponible en los siguientes sitios web (último acceso, mayo de 2013): ChildCount+ Millennium Villages Project: <http://healthmarketinnovations.org/program/childcount>. Pesinet in Mali: <http://healthmarketinnovations.org/program/pesinet-0>. Formes 123 in Senegal: <http://senmobile.com/officialsenmobile/>. HealthPhone: <http://www.healthphone.org/>. Health Management and Research Institute: <http://www.hmri.in>. mHealth Alliance: <http://www.mhealthalliance.org>.

Apoyando a los padres desde un centro de cuidado infantil: el trabajo de ÇAÇA en Ben-u-Sen

Yiğit Aksakoğlu, Asesor en materia de violencia doméstica contra los niños, para la Fundación Bernard van Leer en Turquía

Al ser la única institución de la sociedad civil que opera en su vecindario, el centro de atención infantil ÇAÇA hace mucho más que cuidar de los niños.

Este artículo explora el modo en que el centro está alcanzando efectos de amplio alcance sobre la vida familiar, incluyendo el trabajo que realiza con los padres para ayudarles a favorecer el aprendizaje en la primera infancia de los niños que todavía son demasiado pequeños para ser dejados en el centro.

El día comienza con una ceremonia. Primero, Uğur pregunta: “¿Cómo estáis?”. Unos 20 niños, de entre 4 y 7 años, responden: “¡Bieeen!”. Ezgi continúa “¿Cómo están vuestras familias?”. “¡Bieeen!”. “¿Cómo están vuestros amigos?”. “¡Bieeen!”. A continuación, algunos de los niños proponen otras cosas, y nos preguntan por nuestra cabeza, por nuestro pelo, por nuestros pantalones ¿... la respuesta es siempre “¡bieeen!”. Después, se ponen de acuerdo en qué van a cantar. Todos ellos conocen las canciones, y así pueden cantar y bailar juntos.

Si esto suena como una actividad introductoria muy normal para un centro de guardería, efectivamente lo es. Lo que hace que el centro sea especial es el modo en que ha conseguido llegar a la comunidad para modelar las actitudes hacia las prácticas positivas de crianza. El personal y los voluntarios visitan a las madres en el hogar, y tanto ellas como sus hijos consideran el centro como un espacio seguro.

El centro es, prácticamente, el único servicio que puede hallarse en el vecindario de Ben-u-Sen, aparte de la escuela, del centro de atención sanitaria y de la lavandería municipal. Ben-u-Sen está situado al borde de la ciudad de Diyarbakır, en Turquía. Las afueras de Diyarbakır se encuentran ampliamente pobladas por kurdos que llegaron desplazados desde sus aldeas, debido a la guerra entre las fuerzas armadas de Turquía y el Partido de los Trabajadores del Kurdistán (PKK, por sus siglas en kurdo). Ben-u-Sen (que significa “tú y yo” en kurdo), es uno de los numerosos distritos situados al borde de la ciudad, donde las personas que han tenido que abandonar sus casas, sus tierras, sus animales y toda su vida en sus aldeas de origen, tratan ahora de

adaptarse a la vida en la ciudad, con toda la pobreza, las bases militares y el control policial que ello conlleva.

El centro está gestionado por ÇAÇA (Asociación de Niños Bajo el Mismo Techo), que fue fundada en el año 2003 por activistas con experiencia anterior en organizaciones que trabajaban por los derechos de los niños y de las mujeres, en el asesoramiento psicológico, y en la atención a los niños de la calle. La asociación cuenta ya con seis empleados a tiempo completo y con 20 voluntarios, que son fundamentales para poder realizar su trabajo eficazmente en la comunidad. La mayoría de los voluntarios son estudiantes universitarios, con estudios que abarcan desde arquitectura a idioma coreano. Algunos vienen desde muy lejos; por ejemplo, Derya, una profesora de guardería que se desplaza 50 kilómetros para trabajar en el centro, tres días a la semana. Otros, como Mehmet, se han graduado en el propio centro: llegó por primera vez al centro en el segundo curso escolar, y se hizo voluntario cuando estaba en el octavo curso. Trabaja con los niños en el taller artístico, y comenta que no había pintado nunca antes de llegar al centro, pero que ahora enseña a los niños a pintar.

Los niños que vienen al centro con regularidad tienen entre 4 y 15 años de edad. Los ingresos mensuales medios de sus familias están en torno a los 175 euros. La familia promedio tiene unos cinco hijos, que por lo general comparten habitación. Las deficientes condiciones de vida resultan en que alrededor del 80% de los niños tiene serios problemas de salud, como asma y bronquitis. La escuela primaria – considerada una de las más problemáticas de la ciudad – tiene de 50 a 60 estudiantes por aula, y no dispone ni de cantina ni de jardín. Los índices de abandono escolar son muy elevados entre los niños de 9 a 12 años, pues a esa edad es cuando los niños comienzan a trabajar, y las niñas o bien ayudan a sus madres, o son obligadas a casarse.

Del centro a la comunidad

De manera lenta, pero segura, el centro parece estar cambiando las normas sociales a nivel local acerca de cómo criar a los niños. Mizgin, de 13 años, comenta que desea seguir estudiando en el instituto, pero que su



Las actividades en el centro se orientan a desarrollar la concienciación emocional, la empatía, las habilidades de expresión, y a crear modos alternativos de comunicación. Foto • Cortesía ÇAÇA – Ben-u-Sen

padre no está muy convencido; asegura, con optimismo, que finalmente encontrarán una solución intermedia. Muhammed, también de 13 años, ha acudido al centro desde que tenía 4 años, y afirma que siempre que tiene un problema se lo cuenta a uno de los trabajadores del centro, Taşkın.

Uno de los efectos más visibles es el cambio de las actitudes tradicionales en el seno de las familias, por lo que respecta a la violencia. Los chicos suelen mostrar un carácter agresivo la primera vez que llegan al centro, mientras que las niñas se muestran introvertidas. Hay golpes y empujones. Las actividades en el centro se orientan a desarrollar la concienciación emocional, la

empatía, las habilidades de expresión, y a crear modos alternativos de comunicación. Los niños pintan piedras y palos, de forma que pueden llegar a verlos como piezas de arte, en lugar de como armas.

Azize, presidenta de la asociación, afirma que a medida que los niños desarrollan las capacidades no violentas para la resolución de problemas, el autocontrol y la confianza necesaria para decir “no”, junto con una mayor expresividad para exponer sus razonamientos, llegan a verse a sí mismos como sujetos en lugar de como objetos: y esa actitud conlleva la expectativa de recibir respeto. Los niños están adoptando una actitud más positiva hacia las niñas, mientras que las niñas están

desarrollando un papel más activo en sus relaciones sociales.

En particular, los niños de 4 a 6 años asumen estos hábitos recién aprendidos y los llevan a casa con ellos. El personal afirma que los niños que en principio no hablaban mucho, comienzan a comunicarse de manera gradual con otros niños del centro, y después también con sus familias. La existencia del centro ha influenciado las actitudes y los comportamientos de las familias hacia sus hijos, pues los niños pueden explicar lo que ocurre en el hogar, y a continuación el personal del centro visita a las familias. Azize observa que aunque la violencia doméstica contra las mujeres no ha desaparecido, cada vez son más los hombres que la consideran una práctica inaceptable.

Las visitas al hogar se llevan a cabo de manera aleatoria y sistemática. Azize afirma:

Cuando los voluntarios o los miembros del personal visitan los hogares de las familias, preguntan a las madres sobre la relación que mantienen con sus hijos, y sobre los cambios que han observado desde que los niños comenzaron a acudir al centro. De ese modo, podemos observar el cambio que experimentan las madres, así como los hijos, y el reflejo que ese cambio en los niños tiene sobre toda la familia.

Cuando visitamos a las familias por primera vez, a veces vemos que las madres no muestran demasiado interés. No saben cómo solucionar los problemas que afrontan con sus hijos; saben que tienen problemas con ellos, pero es algo que ocurre también en todos los vecindarios, así que llegan a normalizar esos problemas. Sin embargo, con el paso del tiempo, llegan a mostrar mayor interés, pueden articular mejor sus problemas y son más activas a la hora de buscar soluciones.

Muchos de esos problemas tienen que ver con el acceso a los servicios y con el ejercicio de los derechos. El centro colabora con otras instituciones públicas de la localidad, a las que puede remitir a las madres cuando es necesario, e incluso acompañarlas en las visitas. Puesto que la mayoría de las madres son hablantes nativas de kurdo y crecieron en aldeas de las que se vieron obligadas a huir, no es siempre fácil para ellas encontrar el camino hasta

la provisión de servicios en el contexto de una ciudad turca. Al compartir información sobre los niños que tienen problemas o que presentan casos excepcionales de violencia extrema, el centro y los servicios sociales correspondientes también pueden intervenir conjuntamente en las situaciones de emergencia.

Efectos sobre los hermanos más pequeños

El centro de atención infantil ÇAÇA es una nueva forma de provisión de servicio, que responde a las necesidades de las personas a nivel de vecindario, en su lengua nativa, con materiales a los que pueden acceder, y en colaboración con otras instituciones. Su enfoque se orienta a capacitar a los niños, a sus familias, al personal y a los voluntarios, y no solo para que ello repercuta sobre su grupo objetivo primario, sino también sobre otras partes interesadas de ámbito secundario. Aunque no son objetivo específico del centro de atención infantil, uno de los grupos que mayor probabilidad tiene de beneficiarse es el de los hermanos más pequeños de los niños que acuden al centro: y, en los próximos años, los hijos de los niños que pasaron por el centro. Semra es una madre típica: de 23 años, con una hija de 4 años que acude al centro regularmente, y con otra hija de 18 meses. A medida que se extiende la concienciación sobre la crianza infantil entre las madres como Semra, los niños más pequeños tienen mayor probabilidad de que su entorno familiar les equie con una base más sólida para el aprendizaje temprano.

A pesar de la pobreza del vecindario, es fácil observar la esperanza entre todas las personas del centro. Los padres, que nunca tuvieron acceso a la educación, a la salud y a la justicia, creen que sus hijos sí podrán tenerlo. Existe también un sentido de esperanza que emana del actual proceso de paz que podría poner fin al conflicto en la región: la gente espera poder volver a sus aldeas y encontrar las tumbas de sus seres queridos. Los niños de la guardería hablan sobre cómo desean llegar a convertirse en médicos, profesores o jueces; uno de ellos dice: “No quiero ser médico, profesor o juez. Lo que quiero es ser primer ministro, porque los primeros ministros pueden hacer cosas buenas para todo el mundo.”.

Espacio para la Infancia ¡también disponible en línea!



Esta edición de *Espacio para la Infancia* también se publica en línea, utilizando un formato de blog. El sitio web **espacioparalainfancia.org** ha sido establecido para albergar artículos individuales de las ediciones impresas de *Espacio para la Infancia* de un modo que facilita su difusión a través de los medios sociales y de los sitios web que agregan contenidos, como Facebook, Twitter y del.icio.us, llegando así a nuevas y más extensas audiencias. Si usted ha disfrutado en particular de algún artículo de esta edición de *Espacio para la Infancia*, le invitamos a que visite **espacioparalainfancia.org** y a que lo comparta en sus redes sociales en línea.

Le invitamos también a aprovechar la opción de hacernos llegar su opinión a **espacioparalainfancia.org** para comentar y debatir las cuestiones planteadas en los artículos de esta edición de *Espacio para la Infancia*. Por supuesto, seguirá siendo posible acceder a *Espacio para la Infancia*, en los dos medios existentes hasta ahora: como documento pdf en **bernardvanleer.org**, y en la plataforma de publicación en línea **issuu.com**.

Invirtiendo en el futuro de los niños pequeños

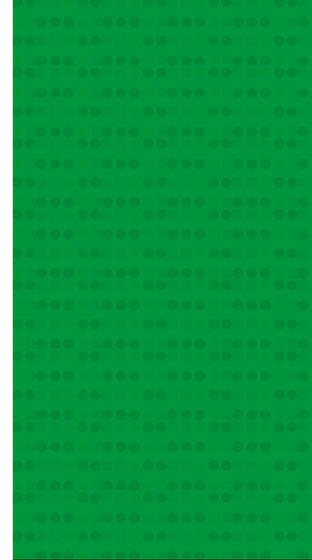
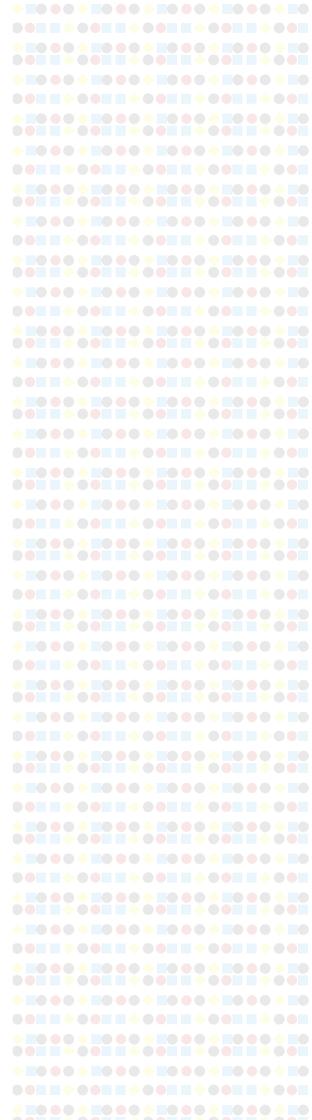
La Fundación Bernard van Leer financia y comparte conocimiento sobre el trabajo en el desarrollo de la primera infancia. La Fundación se estableció en 1949, con sede en los Países Bajos. Sus ingresos proceden de la venta de la empresa Royal Packaging Industries van Leer N.V., legada a la Fundación por el industrial y filántropo holandés Bernard van Leer (1883-1958).

Nuestra misión es mejorar las oportunidades para los niños de hasta 8 años de edad que crecen en circunstancias sociales y económicas difíciles. Consideramos que constituye tanto un valioso fin en sí mismo como un medio a largo plazo para promover sociedades más cohesionadas, consideradas y creativas, con igualdad de oportunidades y de derechos para todos.

Principalmente trabajamos dando apoyo a programas implementados por organizaciones contrapartes locales, ya sean públicas, privadas o con base en la comunidad. Trabajamos con contrapartes en el terreno con el fin desarrollar la capacidad local, promover la innovación y la flexibilidad, y contribuir a asegurar que el trabajo desarrollado respete la cultura y las condiciones del contexto local.

Asimismo, se pretende impulsar el impacto creado en colaboración con aliados influyentes para la defensa de los niños pequeños. Las publicaciones gratuitas de la Fundación difunden las lecciones que se han extraído de las propias actividades de financiación, e incluyen contribuciones de expertos externos que determinan la agenda que se debe seguir. Así, se pretende informar e influenciar las políticas y las prácticas, no sólo en los países en los que se opera sino también en el resto del mundo.

El actual Plan Estratégico persigue la consecución de tres objetivos: llevar a escala el aprendizaje temprano de calidad, reducir la violencia en la vida de los niños pequeños, y mejorar el entorno físico en el que viven. Los países en los que centramos nuestros esfuerzos son: Perú, Brasil, India, los Países Bajos, Israel, Uganda, Turquía y Tanzania; asimismo, se ha adoptado un enfoque regional en la Unión Europea.



**Bernard
van Leer**
FOUNDATION