



Pautas de crianza y desarrollo psicomotor: una investigación en la primera infancia*

Parenting Guidelines and Psychomotor Development: An Investigation in Early Childhood

Tatiana Marcela Osorio¹ Natalia Cortés² Erika Vanesa Herrera³ Luz Angélica Orozco⁴

Para citar este artículo: Osorio, T. M.; Cortés, N.; Herrera, E. V; Orozco, L. A. (2017). Pautas de crianza y desarrollo psicomotor: una investigación en la primera infancia. *Infancias Imágenes*, 16(2), 242-256.

Recibido: 01-julio-2017 / **Aprobado:** 27-septiembre-2017

Resumen

La crianza se manifiesta como una forma de cuidado y orientación del desarrollo de los niños y niñas con tres componentes fundamentales: prácticas, pautas y creencias. El desarrollo psicomotor se refiere a la adquisición de destrezas corporales mediante interacciones intrínsecas y extrínsecas que se observan en el niño y niña durante toda la infancia y que lo convertirán en un sujeto con poder locomotriz-manipulativo. Lo anterior con un fin: la ganancia de autonomía y capacidad de interactuar con el mundo y poder transformarlo. El presente artículo expone los hallazgos en el marco de un proyecto de investigación con enfoque descriptivo, cuyo propósito fue describir pautas de crianza y cómo influían en el desarrollo psicomotor en los niños y niñas de 2 a 5 años, en un barrio de la región cafetera en Colombia. Los resultados muestran una relación independiente entre las variables estudiadas.

Palabras clave: crianza del niño; desarrollo infantil; socialización; familia.

Abstract

As a form of care and guidance for the development of children, parenting has three fundamental components: practices, guidelines and beliefs. Psychomotor development refers to the acquisition of corporal abilities through intrinsic and extrinsic interactions that are able to be observed in children during their whole childhood and later will turn them into subjects with locomotive-manipulative power. The previous with a single purpose: to gain autonomy and capacity to interact with the world and be able to transform it. This article presents the findings of a research project with a descriptive quantitative approach, which purpose was to describe how caregiver's child care guidelines influenced the psychomotor development in children between 2 and 5 years old in a vulnerable neighborhood of the coffee region in Colombia. The results show an independent relationship between the studied variables.

Keywords: child rearing; child development; socialization; family.

¹ El presente artículo reflexiona desde una perspectiva analítica, interpretativa y crítica los resultados de la investigación *Influencia de las pautas de crianza en el desarrollo psicomotor en niños y niñas de 2 a 5 años pertenecientes a Barrios Unidos en el municipio de Santa Rosa de Cabal/Risaralda* (2016-2017), realizada por las autoras para optar al título de médicas generales de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas de la ciudad de Pereira.

² Estudiante de Medicina, Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: tatiana.93b@hotmail.com

³ Estudiante de Medicina, Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: natalia-cq@hotmail.com

⁴ Enfermera, Universidad de Caldas de Manizales. Magíster en Rehabilitación Neurológica infantil, Universidad Autónoma Metropolitana de México. Docente de Salud Comunitaria, Fundación Autónoma de las Américas. Correo electrónico: angelicaneurodesarrollo@gmail.com

Introducción

El proceso interactivo que expresa la influencia mutua entre padres e hijos se entiende como la socialización del individuo. Es allí donde los niños y niñas adquieren progresivamente las normas, valores y habilidades necesarias que les permitirán incorporarse y progresar en la sociedad, como lo plantea Schaffer (1989, citado por Aguirre, Montoya y Reyes, 2006). Es a través de la socialización que los infantes logran internalizar los estándares de comportamiento socialmente establecidos.

Aguirre *et al.* (2006) consideran que en el proceso de socialización la crianza se manifiesta como una forma particular de cuidado y orientación del desarrollo de los niños y niñas, en la que se destacan tres componentes fundamentales: la práctica, definida como las acciones concretas realizadas por los padres; las pautas, que hacen referencia a las normas que regulan sus acciones y que son aceptadas por el grupo al que pertenecen; y, por último, se encuentran las creencias, que tienen que ver con la manera como los padres justifican sus acciones. Un claro ejemplo sobre las prácticas de crianza es el castigo, el cual busca ejercer acciones sobre el infante para corregir su comportamiento justificando que si dicha práctica no se lleva a cabo el niño o niña no aprenderá (creencia), en la cual es la pauta aquella que indica que dicho comportamiento no se ajusta a sus normas culturales y que por tal motivo es necesario corregirlo (Pulido, Castro, Peña y Ariza, 2013).

La familia es entonces el núcleo que sirve de contexto para la socialización, en donde se preparan a niños y niñas con actitudes, valores y comportamientos para adaptarse a la sociedad (Pulido *et al.*, 2013). En ese sentido, según Myers (1993), las acciones adoptadas por la familia están asociadas con el estado de salud, nutrición y desarrollo físico y psicológico de los infantes, especialmente en edades tempranas; teniendo en cuenta la posibilidad de que estas acciones se constituyan en factor de riesgo cuando dichas pautas de atención no resultan pertinentes y efectivas.

Por otra parte, se sabe que el desarrollo del niño y la niña, entre los 2 y los 6 años, se caracteriza por la adquisición de mayores destrezas corporales (Muñoz, 2003). Uno de los factores asociados

a este proceso consiste en el dominio psicomotor, el cual se refiere a la obtención de habilidades que se observan en el niño o niña de forma continua durante toda la infancia y que, posteriormente, lo convertirán en un sujeto con autonomía locomotriz-manipulativa. Lo anterior ocurre gracias a la exteriorización de la maduración del sistema nervioso central (Ramos *et al.*, 2008) y se constituye como el perfeccionamiento de los movimientos gruesos y finos (Posada, Gómez y Ramírez, 2005), basado en cuatro grandes áreas psicomotoras: motora, lingüística, social y adaptativa. Cada una de las anteriores afina los movimientos que le permiten al infante controlar su cuerpo y adaptarse a su entorno social (Muñoz, 2003) con un único fin: la ganancia de la autonomía y capacidad de interactuar con el mundo y, a su vez, poder transformarlo (Myers, 1993). Dicho de otro modo, la capacidad de socializar en él.

Ramos *et al.* (2008) refieren que el desarrollo psicomotor está también asociado al aprendizaje que el infante hace en sus interacciones intrínsecas (consigo mismo) y extrínsecas (con su entorno), en virtud de los vínculos afectivos que se fundamentan a partir del afecto y de la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos y movimiento). Asimismo, Sanhueza (2006, citado por Valdés y Spencer, 2011), afirma que “la estimulación ambiental puede ser el parámetro más relevante en el estudio del desarrollo psicomotor” (p. 31); dicho estímulo se encuentra relacionado con la crianza, como se destaca en los lineamientos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2004), donde se establece que los niños necesitan de un ambiente de estimulación para desarrollar sus capacidades físicas y psicológicas.

Ahora bien ¿por qué la primera infancia? Desde diferentes perspectivas la adecuada crianza y la correcta estimulación del desarrollo podrían llevar al infante a interactuar de manera apropiada con el medio que lo rodea; es aquí donde cabe resaltar que las evidencias científicas demuestran que aunque el desarrollo humano es un proceso continuo que se da a lo largo de la vida, las bases sobre las cuales se irán complejizando las capacidades, habilidades y potencialidades humanas se sientan en la primera infancia y que por cada repercusión que

se genere durante este periodo de vida, comprendido entre la gestación y los 5 años, serán verdaderamente significativas. Tanto es así que los análisis económicos demuestran que la inversión en esta etapa de la vida tiene la mayor tasa de retorno social como lo asegura el nobel de economía Heckman (2000, citado por Aesen, Mujica y Bachelet). De esta forma, se entiende el impacto que puede generar una inversión dirigida a mejorar las condiciones de atención en los primeros años de vida. Por lo tanto, la inversión en esta etapa resulta ser la más eficiente para la reducción de las inequidades sociales, disminuyendo de manera significativa las brechas sociales existentes a futuro (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2012).

La necesidad de continuar indagando sobre las pautas que condicionan que el desarrollo de los infantes se presente de forma adecuada incentivó a la realización de este estudio, teniendo en cuenta la poca información con respecto a la relación entre las pautas de crianza y el desarrollo psicomotor. Así, este artículo pretende describir cómo las pautas de crianza utilizadas por los cuidadores influyen en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 2 a 5 años no escolarizados, en el sector de Barrios Unidos del Sur de Santa Rosa de Cabal, departamento de Risaralda, Colombia durante el segundo semestre del año 2016.

Materiales y métodos

El presente estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal, desarrollado a partir de la información recolectada por la aplicación de dos instrumentos, en niños y niñas de 2 a 5 años y sus respectivos cuidadores en Barrios Unidos del Sur de Santa Rosa de Cabal, Risaralda, durante el segundo semestre del 2016. La muestra fue determinada por muestreo no probabilístico, conformada por 39 infantes que cumplieran estos criterios de selección: no asistir a instituciones educativas y ser considerado sano, es decir, sin antecedentes patológicos relevantes (neurológico, congénito o metabólico) por su respectivo cuidador. Entre tanto, los criterios de exclusión establecidos fueron: la no autorización de participación por los cuidadores o presentar alguna de las discapacidades nombradas anteriormente.

Se utilizó la Escala Abreviada de Desarrollo (Ortiz, 1999), validada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Este instrumento permite evaluar el desarrollo psicomotor infantil de manera global, en cuatro grandes esferas —motricidad gruesa, motricidad fino-adaptativa, audición y lenguaje y personal social— mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador, según la escala, quien debe evaluar en forma individual cada ítem. Para esta observación, realizada en el hogar de cada menor de edad, se utilizó una caja multiusos que lleva en sí una serie de elementos con variedad de formas, tamaños, colores y texturas. La calificación de la prueba se basó en la aprobación o no de cada uno de los 31 ítems, dando el valor de uno (1), al aprobado y cero (0), al no aprobado; al finalizar, se realizó una sumatoria de cada esfera. Posteriormente, se sumaron estos puntajes parciales y se generó un resultado total y de esta forma categorizar el rendimiento del niño en: alerta, medio, medio alto o alto.

La información sobre la variable pautas de crianza se obtuvo por medio de una encuesta de 31 preguntas cerradas, dirigida a 39 cuidadores, previa firma de un consentimiento informado. Esta indagaba tanto aspectos sociodemográficos como factores generales de las pautas de crianza instauradas en el hogar.

Las preguntas fueron agrupadas en seis categorías, asignando un peso ponderado tanto a cada pregunta como a la categoría. Este valor fue asignado de acuerdo con la revisión de la literatura para determinar de esta manera un valor que posteriormente fuera utilizado para buscar la posible relación entre las variables del siguiente modo:

1. Higiene general (10%), compuesta por higiene corporal (50%) e higiene bucal (50%), esta última con dos pautas diferentes: visitas al odontólogo (25%) y cepillado de dientes (25%).
2. Alimentación (15%), aquí se evaluó el contenido de la dieta (30%) y la distribución dietaria (70%).
3. Sueño (30%), se indagó sobre la cantidad de horas de sueño al día (60%), la higiene del sueño (10%) y si había presencia de colecho (30%).
4. Límites (10%), correspondió a evaluar si en el hogar existían normas para los infantes (50%),

cómo castigaban las acciones indebidas (30%), y cómo controlaban las rabietas (20%).

5. Control de esfínteres (10%), aquí se hizo énfasis en la edad de abandono del pañal (100%).
6. Estimulación (25%), se buscó si existía alguna práctica que fomentara la estimulación del niño o niña (100%).

Previamente, se realizó una calibración orientada por una experta en el tema y una posterior prueba piloto con 10 sujetos de investigación en un barrio de la ciudad de Pereira, con características similares a las de la muestra y que igualmente cumplían con los criterios de selección; esto con el fin de perfilar las competencias de las investigadoras.

Para la descripción de los resultados de las variables se calcularon frecuencias absolutas, se realizaron análisis descriptivos y tablas dinámicas. Finalmente, para la observación de la relación de dependencia de dichas variables fue usada la prueba estadística χ^2 . Los registros fueron incluidos en

una base de datos, siendo procesados y estudiados con el software Excel versión 2013.

Para el desarrollo de todas las etapas del proyecto se tomaron como base los lineamientos presentes en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que determinaron esta investigación como de riesgo mínimo. La protección de los derechos y de la privacidad de los sujetos participantes fue un aspecto de relevancia. Finalmente, este proyecto de investigación fue estudiado y avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

Resultados y discusión

Un total de 39 niños y niñas no escolarizados se incluyeron en la muestra del estudio, acompañados por sus respectivos cuidadores. A los niños se les aplicó la Escala Abreviada del Desarrollo y a sus cuidadores se les aplicó una encuesta. Las características sociodemográficas de la muestra estudiada se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados sociodemográficos de la muestra.

| | | Frecuencia | Resultado |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|-----------|
| Sexo del cuidador | Mujer | 38 | 97,43% |
| | Hombre | 1 | 2,57% |
| Edad del cuidador | <30 años | 16 | 41,02% |
| | Entre 30-50 años | 12 | 30,76% |
| | >50 años | 11 | 28,20% |
| | Ninguno | 1 | 2,56% |
| Nivel de escolaridad del cuidador | Primaria incompleta | 11 | 28,20% |
| | Primaria completa | 6 | 15,38% |
| | Secundaria incompleta | 6 | 15,38% |
| | Secundaria completa | 9 | 23,07% |
| | Técnico | 6 | 15,38% |
| Estado civil del cuidador | Soltero | 7 | 17,94% |
| | Unión libre | 17 | 43,58% |
| | Casado | 14 | 35,89% |
| Tipo de familia | Divorciado | 1 | 2,56% |
| | Monoparental | 2 | 5,12% |
| | Nuclear | 16 | 41,02% |
| Edad del infante | Compuesta | 21 | 53,84% |
| | 2 | 15 | 36,46% |
| | 3 | 12 | 30,76% |
| | 4 | 10 | 25,64% |
| | 5 | 2 | 5,12% |
| Sexo del infante | Hombre | 24 | 61,53% |
| | Mujer | 15 | 38,46% |

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta aplicada.

Es importante resaltar que en este estudio se observó que casi la totalidad de los cuidadores de los niños participantes eran mujeres. Se puede entonces mencionar el planteamiento realizado por Bothert (2016), quien afirma que, en la sociedad actual, a pesar de que los hombres participan más que en el pasado en los cuidados del niño o niña, siguen siendo las mujeres quienes reivindican el rol de la crianza de los hijos.

La descripción de los resultados de la totalidad de las pautas de crianza indagadas a los cuidadores se realizó categorizándolas en seis grandes grupos: pautas de alimentación, de higiene corporal, de límites y autorregulación, de control de esfínteres, de actividades de estimulación y pautas sobre hábitos de sueño; catalogadas como adecuadas o inadecuadas, las cuales serán detalladas a continuación:

Pauta de alimentación

Cuando un niño recibe una adecuada alimentación desde su concepción y durante su infancia temprana dispone de la energía esencial, proteínas, ácidos grasos y micronutrientes necesarios para el desarrollo del cerebro, estableciendo una base para la función cerebral de por vida. El niño bien nutrido también es más capaz de interactuar con sus cuidadores y su entorno de una manera que le brinde las experiencias necesarias para el desarrollo óptimo del cerebro; por el contrario, el niño con una alimentación deficitaria corre el riesgo de no encontrar su potencial de desarrollo en habilidades cognitivas, motoras y socioemocionales, habilidades que a largo plazo estarán ligadas al rendimiento académico y productividad intelectual y laboral (Prado y Dewey, 2014).

El presente estudio reportó entre sus hallazgos que los alimentos ingeridos en la comunidad cumplían con los requerimientos básicos nutricionales

dictados en los lineamientos de la Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), debido a que en la pirámide nutricional de la población se encontraron no solo alimentos con alto valor nutricional como proteínas, carbohidratos, grasas, entre otros, sino también micronutrientes esenciales como vitamina A, hierro y zinc (en lácteos, frutas y verduras, entre otros). Sin embargo, no fue parámetro de evaluación la cantidad de la ración, sin saber entonces la calidad en el suministro de los alimentos o si había cumplimiento a las cantidades mínimas establecidas.

Existe abundante evidencia científica que no deja duda alguna sobre el impacto tanto negativo como duradero que puede tener la alimentación inadecuada en la vida de los niños y las niñas. Silva (2016) asegura que la desnutrición temprana disminuye la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, una adecuada alimentación podría evitar tanto el retraso físico, como mental y del crecimiento (Wisbaum, 2011).

También se evaluó la distribución dietaria de los niños y niñas, es decir, las veces que se alimentaban en el día, encontrando un 92,36% de niños y niñas que tenía entre cuatro y cinco raciones de comida al día y un 7,64% que tan solo consumía alimentos tres veces al día. Respecto a lo anterior, en OPS/OMS y Minsalud (2012) recomiendan que se debe controlar cuándo y cómo el niño se alimenta, estableciendo horarios y con un mínimo de tres comidas al día y en lo posible dos intermedias de menor cantidad. Por consiguiente, para esta pauta se determinó que la totalidad de los infantes cumplieran con los criterios para catalogarla como adecuada.

La tabla 2 resume los hallazgos encontrados en cuanto a pautas sobre alimentación.

Tabla 2. Pauta alimentación.

| Categoría | Pregunta | Frecuencia | Porcentaje | |
|---------------------------|---|----------------|------------|--------|
| Raciones de comida al día | Incluyendo refrigerios, ¿cuántas comidas recibe el niño o niña en un día? | 3 veces al día | 3 | 7,69% |
| | | 4 veces al día | 6 | 15,38% |
| | | 5 veces al día | 26 | 66,66% |
| | | 6 veces al día | 4 | 10,25% |

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta aplicada.

Pauta de higiene general

Respecto a esta pauta se evaluaron dos grandes componentes: en primer lugar, lo relativo a la higiene oral, compuesto por el número de veces en que el niño o niña cepillaba sus dientes al día y el número de visitas realizadas al odontólogo en el último año; en segundo lugar, se evaluó la higiene corporal. Como resultados, se encontró que el 10,25% de los infantes no cumplían con criterios adecuados del primer componente sobre el cepillado, pues según los lineamientos de la OPS (2009) es necesario que se realice tres veces al día, una después de cada comida y este porcentaje arrojó dicha acción menos de dos veces al día.

Un estudio realizado en México por Aguilar *et al.* (2014), a niños y niñas entre los 9 y 48 meses de edad, concluyó que en el 87,3% de los casos la higiene oral era realizada máximo una vez al día y que la prevalencia de caries en este grupo había sido de 34,92%. Los autores aseguran que en la actualidad las caries dentales son consideradas un problema de salud pública, asociado con diversos hábitos no saludables, entre los que se había relacionado, por supuesto, la higiene bucal. Así, se entiende que los infantes desde temprana edad deben aprender el hábito del cepillado dental y este debe ser supervisado por los padres. Teniendo en cuenta que esto a su vez está relacionado con la habilidad motriz que posteriormente los infantes van a desarrollar para poder utilizar el cepillo y realizar la técnica adecuada.

Por otro lado, respecto a las visitas al odontólogo solamente el 20,51% de niños y niñas se consideró que estaban dentro de los parámetros correctos, debido a que estas deben realizarse mínimo dos veces al año para que sean determinadas como pauta adecuada. Si bien las caries se consideran comunes en los infantes menores de 5 años, la intervención temprana mediante visitas periódicas al odontólogo, además de un correcto cepillado, puede evitarlas o ser tratadas a un costo reducido (OPS, 2009).

En Talca, Chile (Núñez *et al.*, 2013), una investigación que tenía por objeto determinar los factores asociados a la consulta al odontólogo u ortodoncista encontró que el nivel de estudios del cuidador se asoció con el número de visitas al consultorio odontológico; así, los niños y niñas y jóvenes cuyos

tutores tenían estudios universitarios presentaron 2,20 veces más posibilidades de consultar al dentista, que infantes cuyos supervisores tenían estudios técnicos profesionales o menos. La percepción del tutor respecto de la salud del niño o niña también resultó significativa: los cuidadores con percepción positiva consultaron un 53% menos al odontólogo. Teniendo en cuenta lo anterior, en datos sociodemográficos del presente estudio se puede notar que tan solo el 15,38% de los cuidadores presentó un nivel de educación superior y, asimismo, un porcentaje muy bajo de niños y niñas consultaron adecuadamente al odontólogo.

Es de resaltar sobre los hallazgos del presente estudio que, aunque los cuidadores referían en gran porcentaje cumplir con la pauta de higiene bucal en cuanto al cepillado de los dientes de los niños, lo observado en ellos parecía no coincidir, ya que se encontraron algunos infantes con lesiones significativas en sus dientes asociadas con la presencia de caries.

En segundo lugar, lo relativo a la pauta de higiene corporal tuvo en cuenta el número de veces que el niño o niña se duchaba durante el día. Se halló que el 100% de los infantes lo hacían mínimo una vez.

Una revisión realizada en el 2012, cuyo objetivo era evaluar el papel de las influencias parentales en el desarrollo de caries en niños entre 0 y 6 años, reportó como hallazgo importante que aunque es significativo el papel del cuidador en el desarrollo de los hábitos higiénicos en los niños a temprana edad, la mayor parte de las investigaciones se centraba en describir la asociación entre presencia de caries y factores sociodemográficos y de alimentación, marcando la necesidad de ahondar más en este tema (Hooley, Skouteris, Boganin y Satur, 2012).

Asimismo, una revisión realizada en el año 2013 que trató el tema concluyó que los hábitos de salud dental de los padres influenciaban de manera directa la salud oral de sus hijos, teniendo en cuenta que el cepillado y el uso del hilo dental de manera regular es la única forma de eliminar bacterias cariogénicas y sustancias fermentables, la instauración de esta pauta de crianza es la única forma certera de contribuir a la mejora de las condiciones de un

gran problema de salud pública actual, como lo es la caries infantil (Freire de Castilho *et al.*, 2013), los niños permanecen durante el día al cuidado de sus padres y de los maestros escolares, por lo cual el aprendizaje del cepillado con la técnica adecuada se deriva de las enseñanzas que se puedan brindar en los dos ambientes; teniendo en consideración que un niño a temprana edad necesita la supervisión directa y constante para realizar este aprendizaje de manera significativa y en los tiempos indicados por la norma en salud.

Según lo plantea Unicef (2005), la higiene tiene como objetivo conservar la salud y prevenir las enfermedades; al mismo tiempo considera que las actividades relacionadas con la higiene y cuidados del cuerpo permiten la consolidación de los hábitos de higiene en los niños y niñas. Asimismo, es importante tener en cuenta que la incorporación de pautas de higiene en los niños a temprana edad obedece además a la necesidad del establecimiento de rutinas diarias que finalmente contribuyen al correcto desarrollo de la independencia y la autonomía en el infante; además, marcará las primeras reglas para futuras adaptaciones a parámetros sociales de convivencia.

La tabla 3 resume los hallazgos en cuanto a pautas sobre higiene corporal.

Pauta de límites y autorregulación

Para esta categoría se evaluaron tres parámetros diferentes: las normas presentes en el hogar, los

métodos de corrección frente a acciones indebidas y la manera en que las rabietas de los niños y niñas eran controladas por los cuidadores.

En cuanto a las normas establecidas, se encontró que el 58,97% de los infantes no tenían reglas en el hogar que los rigieran, lo cual marcó como inadecuada la pauta, debido a que en la literatura la puesta de límites es la gran herramienta de crianza que impacta sobre la fortaleza emocional de los infantes, además de enseñar conceptos de acciones marcadas como correctas e incorrectas en el desenvolvimiento social y que les permite desarrollar la capacidad de ajustarse inteligentemente a los patrones de comportamiento. Entre los objetivos de tener normas en casa se encuentran: que el infante entienda el sentido de las reglas y que aprenda a respetarlas porque las entendía y no por miedo u obediencia ciega; que desarrollasen la capacidad de controlar sus impulsos; y también que empezaran a aprender a tomar decisiones y a responsabilizarse de los resultados (Trenchi, 2011).

La falta de reglas en el patrón de crianza reportada en este estudio reafirma lo que se puede observar en el desempeño de la nueva generación de individuos, quienes se muestran en la actualidad con características marcadas hacia las dificultades de convivencia por baja tolerancia a situaciones de frustración e incapacidad de resolver conflictos de manera oportuna.

La anterior afirmación se puede apoyar en un estudio realizado por Ojeda del Valle (2012b), sobre

Tabla 3. Pauta higiene general.

| Categoría | Pregunta | Frecuencia | Porcentaje | |
|------------------------------|--|------------------|------------|--------|
| Higiene corporal | ¿Con qué frecuencia se baña el niño o niña? | 1 vez al día | 35 | 89,47% |
| | | 2 veces al día | 4 | 10,25% |
| Higiene bucal | ¿Con qué frecuencia el niño o niña se lava los dientes? | <2 vez al día | 4 | 10,25% |
| | | 2-3 veces al día | 35 | 89,75% |
| Visitas al odontólogo | En el último año, ¿cuántas visitas el niño o niña realizó al odontólogo? | No realizó | 14 | 35,89% |
| | | 1 vez | 17 | 43,58% |
| | | 2 veces | 6 | 15,38% |
| | | Más de 2 veces | 2 | 5,12% |

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta aplicada.

los factores de riesgo en la edad preescolar, en el que reportó que un 32% de los niños y niñas con manifestaciones de impulsividad o intranquilidad y un 21,4 % con manifestaciones de conductas violentas podían tener diversos factores de riesgo, como los relacionados con no tener un régimen de vida establecido en el hogar y problemas en la dinámica familiar con inadecuados métodos de crianza.

En el estudio de Ojeda también se analizaron los métodos correctivos, en este aspecto se encontró que el 20,51% de los cuidadores utilizaban el castigo físico, pauta que fue determinada como inadecuada. Al decidir qué criterios utilizar para establecer la pauta como adecuada o no, se observó que existía mucha controversia respecto al tema, especialmente en el castigo físico. Por ejemplo, Larzelere (2002, citado por Aguirre *et al.*, 2006), concluía que el castigo físico moderado, como unas nalgadas con mano abierta dentro de una relación afectuosa tiene resultados considerablemente beneficiosos para los infantes entre los 2 y 6 años, y dice que este solo se manifiesta como perjudicial cuando el empleo del castigo físico es demasiado frecuente y extremo. Vale la pena mencionar que la

forma en que se castiga al niño en la sociedad actual se ha modificado, obedeciendo a los cambios que se han presentado en los parámetros de crianza de las nuevas generaciones. Por lo tanto, si existe castigo físico o la utilización de normas novedosas como lo es el *tiempo fuera* dependerá del patrón educativo con el que los padres establecerán su disciplina y con el que consideren que pueden lograr modificar los comportamientos infantiles.

Análogamente, una investigación realizada en México (Sauceda *et al.*, 2006) mostró que los progenitores de niños y niñas con conductas desafiantes tendían a emplear con ellos técnicas de crianza más agresivas, en comparación con otros padres que no lo hacían.

Por último, se indagó en el presente estudio sobre cómo se realizaba el manejo de las rabietas en los infantes; se encontró una alta prevalencia en el castigo físico (30,76%), siendo esta una pauta catalogada como inadecuada. Trenchi (2011), respecto a las desobediencias y berrinches en público considera que lo mejor es no prestar atención a ello.

En la tabla 4 se resumen los hallazgos encontrados en cuanto a control de límites y autorregulación y métodos de corrección.

249

Tabla 4. Pauta límites y autorregulación.

| Categoría | Pregunta | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|---|------------------------|------------|------------|
| Normas en el hogar | ¿En su casa hay normas? | Sí | 16 | 41,02% |
| | | No | 23 | 58,97% |
| Castigo | Cuando el niño o niña hace una acción indebida, ¿cuál es su comportamiento como cuidador? | Indiferencia | 6 | 15,38% |
| | | Tiempo fuera | 3 | 7,69% |
| | | Castigo físico | 8 | 20,51% |
| | | Pérdida de privilegios | 11 | 28,20% |
| | | Regaño verbal | 9 | 23,07% |
| | | Ninguno | 2 | 5,12% |
| Manejo rabietas | ¿Cómo maneja las rabietas en público del niño o niña? | Castigo físico | 12 | 30,76% |
| | | Indiferencia | 10 | 25,64% |
| | | Tiempo fuera | 6 | 15,38% |
| | | Regaño verbal | 5 | 12,82% |
| | | Pérdida de privilegios | 6 | 15,38% |

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta aplicada.

Pauta de control de esfínteres

Se observó que el 5,12% de los infantes no cumplía con criterios para determinar adecuada esta pauta. Durante los 18 meses y los 3 años se produce la maduración de los centros nerviosos y cerebrales, por lo tanto, el control del esfínter anal se consigue como promedio en los inicios de la edad preescolar (2 años), el vesical diurno a los 3 y el nocturno a los 5 años (Gutiérrez, 2005). Por ende, para el control de esfínteres se determinó que si el infante había comenzado su control en este rango de edad la pauta sería adecuada, igualmente si aún se encontraba en el proceso. Sin embargo, lo inadecuado fue que los infantes mayores de 3 años utilizaran pañal diurnamente, puesto que el control durante el día ya debía de haber sido culminado.

La encopresis⁵ se considera como el trastorno del comportamiento en los infantes que puede acarrear disfunciones fisiológicas y psicológicas (Bezoz y Escribano, 2012). Asimismo, Freud (citado por Pollack, 1979) relaciona los problemas del entrenamiento fecal con un desarrollo en la edad adulta de una personalidad obsesiva, con tendencia al orden y tenacidad u obstinación.

Para efectos prácticos, el desarrollo de esta pauta de una manera adecuada y saludable obedecerá a la capacidad que tenga el cuidador de intervenir tempranamente en el aprendizaje del niño, es decir, una vez el niño logre desplazamiento y comunicación estará listo para iniciar con el control de sus esfínteres; siendo esto además un ejercicio de paciencia, creatividad y dedicación por parte de los padres. El logro de esta pauta marcará un paso importante en el proceso de tránsito del infante hacia la consecución de su autonomía.

La tabla 5 resume los hallazgos en cuanto a control de esfínteres.

Pauta hábitos del sueño

Se encontró que en la muestra analizada el 23,07% de los niños y niñas menores de 3 años dormían menos de 12 horas y que el 5,12% de los infantes mayores de 3 años dormían menos de 8 horas.

Ojeda del Valle (2012a) asegura que la correcta higiene del sueño varía de acuerdo con la edad en la que se encuentre el niño o niña, por lo tanto, en este estudio se consideró adecuado que los infantes menores de 3 años durmieran 12 horas al día (distribuidas entre la noche y una siesta en el día), mientras que los de 3 a 5 años de edad, debían dormir por lo menos 10 horas en la noche.

En Cuba, una investigación realizada sobre los factores de riesgo vinculados a la salud y el aprendizaje del infante de edad preescolar (Ojeda del Valle, 2012b) halló que un 56,8% de los niños y niñas dedicaba como promedio al sueño nocturno menos horas de las recomendadas para la edad, lo cual repercutió de forma importante en la salud, el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje del infante.

Clínicamente, los infantes con problemas relacionados con el sueño manifiestan trastornos de hiperactividad, desatención, irritabilidad e impulsividad, pudiendo llegar a presentar conductas agresivas (Neuman y Roskos, 2005 en Ojeda del Valle, 2012a). Igualmente, se han encontrado dificultades relacionadas con el régimen de sueño y la actividad motriz en la infancia, que a menudo conlleva a riesgos en el desarrollo psicomotor y en la capacidad de aprendizaje dada la asociación de funciones a nivel del cerebro infantil.

Un estudio realizado en el año 2013 investigó la posible relación entre el sueño en la infancia y el rendimiento cognitivo. Este hizo el seguimiento con las madres de 65 niños por medio del diligenciamiento de un diario de sueño a partir del primer año y, posteriormente, a los 4 años de edad se aplicaron escalas de medición de la inteligencia, encontrándose que los niños con mayores tasas de sueño durante la noche presentaban mejor desempeño en las funciones ejecutivas (Bernier *et al.*, 2013).

Cabe señalar la importancia del hábito de sueño en un niño en el que el desarrollo cerebral se encuentra en su máximo límite. Este hábito apropiado se formará de la capacidad que tenga el cuidador de implementar medidas que conlleven a las siestas en los periodos adecuados de sueño de acuerdo con la edad del niño, lo que finalmente favorecerá su desempeño escolar y una mayor estabilidad emocional durante las tareas diarias.

La tabla 6 resume los hallazgos en cuanto a pautas de higiene del sueño.

⁵ Trastorno de la eliminación que consiste en la incapacidad para controlar de forma voluntaria la emisión de orina o de las heces en el tiempo que se considera normal.

Pauta de actividades de estimulación

El 100% de los padres practicaba como mínimo el juego como medida de estimulación en el infante. Entre otras actividades, se encontró que también se ejercía el canto, el baile y la lectura de cuentos. Lo anterior se considera como esencial, pues los primeros cinco años en la vida del infante son fundamentales para el desarrollo, siendo el juego un método en el que el cerebro desarrolla los sentidos, adquiere nuevas habilidades y perfecciona otras. Además, existe una menor tasa de deserción escolar, mejores logros académicos y efectos benévolos en el desarrollo físico, cognitivo y social (Pesce, Moroga, y Mingo, 2007).

Más aún, se sabe que con la estimulación se configuran las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales. Dicho en otras palabras, el desarrollo psicomotor a partir del juego permite estimular la percepción, organización, coordinación, atención y memoria visual. En tanto que las imágenes infantiles ayudan a estimular la motricidad fina y la construcción del espacio representativo gráfico, del mismo modo que el escuchar y representar canciones infantiles ayuda en el desarrollo de la destreza motora gruesa, a reconocer partes del cuerpo y su expresión corporal (Rossin y Buzzella).

La tabla 7 resume los hallazgos en cuanto a estimulación en el infante.

Tabla 5. Pauta control de esfínteres.

| Categoría | Pregunta | Edad | Uso nocturno de pañal | | Uso diurno de pañal | | No utiliza pañal | |
|---------------|---|----------|-----------------------|------------|---------------------|------------|------------------|------------|
| | | | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Uso del pañal | ¿A qué edad el niño o niña abandonó el uso del pañal? | < 3 años | 5 | 12,82% | 3 | 7,69% | 5 | 12,82% |
| | | >3 años | 1 | 2,56% | 2 | 5,12% | 23 | 58,97% |
| | | | | | | | | |

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta aplicada.

Tabla 6. Pauta higiene del sueño.

| Categoría | Pregunta | Edad | Horas de sueño | | | | | |
|-----------------------|--|---------|----------------|--------------------|-----------|--------|----|--------|
| | | | <8 horas | Entre 8 y 10 horas | >10 horas | | | |
| Horas de sueño al día | ¿Cuántas horas duerme diariamente el niño o niña? | <3 años | 1 | 2,56% | 8 | 20,51% | 7 | 17,94% |
| | | >3 años | 2 | 5,12% | 11 | 28,20% | 10 | 25,64% |
| | | | | | | | | |
| Calidad del sueño | ¿Cómo es el ambiente donde descansa el niño? | | Ruidoso | | 35 | 10,25% | | |
| | | | Silencioso | | 4 | 89,74% | | |
| Colecho | ¿Con quién duerme el niño o niña en la misma cama? | | Solo | | 14 | 35,89% | | |
| | | | Los padres | | 15 | 38,46% | | |
| | | | Los hermanos | | 10 | 25,64% | | |

Fuente: elaboración propia de la encuesta aplicada.

Tabla 7. Actividades de estimulación.

| Categoría | Pregunta | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|--|--------------------|------------|------------|
| Estimulación | De las siguientes actividades, ¿cuáles realiza con el niño o niña? | Juego | 39 | 100% |
| | | Canto | 20 | 51,28% |
| | | Baile | 2 | 5,12% |
| | | Lectura de cuentos | 17 | 43,58% |

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta aplicada.

Por otro lado, para determinar el nivel de desarrollo psicomotor se utilizó la Escala Abreviada del Desarrollo, donde cataloga sus 4 grandes esferas (motor fino, motor grueso, social y lenguaje), según sus resultados en 4 niveles: alto, medio alto, medio y alerta. En la figura 1 se resumen los resultados de lo encontrado en la muestra.

Respecto al resultado sobre el nivel de desarrollo psicomotor, se puede observar que casi la mitad de los infantes tenía un desarrollo psicomotor medio alto-alto (49%), teniendo la otra mitad con un desarrollo medio (49%) y el 2% del total de población en un nivel de alerta.

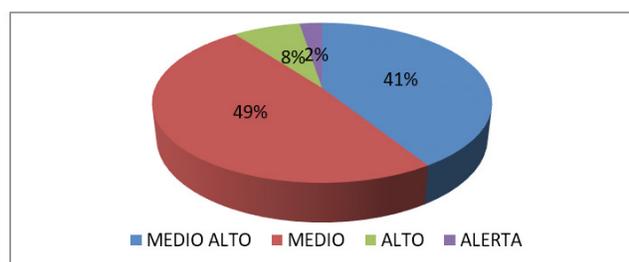


Figura 1. Resultados cualitativos de la aplicación de la Escala Abreviada del Desarrollo.

Fuente: elaboración propia a partir de la escala aplicada.

En Chile se llevó a cabo un estudio que tenía por objeto identificar factores de riesgo para déficit de desarrollo psicomotor en preescolares sanos de 4 años provenientes de una comuna urbano rural, de bajo nivel socioeconómico (Schonhaut, Rojas y Kaempffer, 2005). Allí se utilizó el Tepsi (test de desarrollo psicomotor para niños entre los 2-5 años) para evaluar la variable en cuestión. Se encontró que el déficit de desarrollo psicomotor fue tres veces más frecuente en varones de familias de mayor pobreza, igualmente en preescolares que no asistían a educación preescolar

e hijos de madres analfabetas, diferente al presente estudio en donde casi la mayoría de niños (98%), incluso siendo de bajo estrato socioeconómico, tenían un desarrollo psicomotor en rangos normales.

Finalmente, para lograr la asociación entre la totalidad de las pautas de crianza evaluadas y el desarrollo psicomotor, es decir, entre los dos instrumentos, se aplicó el estadístico con un nivel de significancia del 5% y 3 grados de libertad, concluyendo que, con base en la evidencia de los datos del estudio, no existe una relación entre pautas de crianza y el desarrollo psicomotor. En otras palabras, estas dos variables son independientes.

Conclusiones del estudio

Se encontró que pautas como la alimentación, higiene corporal y estimulación fueron adecuadas en la totalidad de los encuestados; mientras que la higiene bucal, método de castigo, manejo de rabietas, normas, control de esfínteres y hábito de sueño fueron adecuadas parcialmente en los sujetos. Por otro lado, las visitas al odontólogo fueron inadecuadas en la mayoría de los sujetos de investigación.

Además, también se evidenció que, con respecto al desarrollo psicomotor de los niños y niñas, dos resultaron en alerta, mientras que la mayoría de los niños y niñas estaban en el rango medio y con un porcentaje menor en medio alto.

Según el estudio, las pautas de crianza no tienen relación con el desarrollo psicomotor, al no encontrarse asociación estadística entre estas variables. Lo que va en contraposición con otros estudios realizados que indican, por ejemplo, la importancia de la cantidad y calidad del sueño para garantizar un buen desarrollo en los infantes, relacionando directamente esta pauta del sueño con el desarrollo.

Cabe señalar que, al realizar la búsqueda bibliográfica, se evidenció que se carece aún de estudios centrados en abordar temas de prácticas de crianza enfocadas en el cuidado directo de los infantes en cuanto a parámetros de higiene, alimentación, sueño, pautas de autorregulación y manejo de emociones.

Una revisión bibliográfica realizada en el año 2014 (Ngure *et al.*) sobre intervenciones dirigidas al cuidado en la primera infancia resalta la falta de investigación, pero así mismo evidencia que sí hay respecto al efecto de las condiciones deficientes en el hogar e higiene del entorno físico sobre el desarrollo cognitivo, sensoriomotriz y socioemocional. Muchas intervenciones no están diseñadas específicamente para proteger a los bebés en los primeros tres años de vida, cuando se establecen la salud intestinal y el crecimiento lineal; y en el que la higiene básica marca la diferencia en el ofrecimiento de ambientes saludables e higiénicos; variedad de programas actuales de desarrollo infantil temprano carecen de intervenciones basadas en la evidencia para proporcionar un ambiente de juego limpio y alimentación infantil, además de las prioridades establecidas de nutrición, estimulación y protección infantil.

Este punto es abordado para contextualizar por qué es importante explorar, en el campo de desarrollo en primera infancia, lo que corresponde al ambiente inmediato en el que crece el niño. Esto acompañado por sus cuidadores no solo en pautas comportamentales y de crecimiento cognitivo, sino aterrizando al concepto de cuidado integral que involucra: un ambiente adecuado desde el cuidado de sus conductas en la parte alimentaria (variedad y sanidad de los alimentos y el agua proporcionados); que busque incentivar las prácticas de sueño y siestas asociadas estas con el crecimiento físico y del cerebro; que ayude a desarrollar la autonomía y el autocuidado en el niño. Este último aspecto se corresponde con un problema actual donde los padres presentan grandes dificultades con el manejo emocional de ellos mismos hacia los propios hijos, instaurando conductas inadecuadas en la personalidad de estos.

Es importante mencionar que las pautas de crianza actuales, en lo que se refiere a establecimiento

de límites y de conductas en los niños, está ocasionando diversos problemas comportamentales en los diferentes contextos sociales en los que el niño se mueve. Se educan niños con dificultades en la resolución de problemas, baja tolerancia a la frustración y con poca aceptación del fracaso, lo cual conlleva a corto o mediano plazo a jóvenes con necesidad de manejo a nivel psicológico. Este sería uno de los puntos que valdría la pena abarcar por los planes de desarrollo en salud y los programas establecidos por el Gobierno en el trabajo en primera infancia.

Adicional a lo anterior, se pudo concluir que, a pesar de la desescolarización de los niños y niñas, la mayoría presentó un nivel de desarrollo psicomotor adecuado. Esto podría obedecer a que, según los resultados, presentan una buena estimulación en casa como se pudo confirmar con la aplicación del instrumento. Por otro lado, aunque el estudio no confirmó de manera estadística la asociación entre desarrollo y pautas de crianza, vale la pena mencionar que el establecimiento de dichas pautas en las rutinas del niño finalmente contribuirá de manera efectiva al desarrollo integral en cada una de sus áreas. El niño deberá interiorizar todos estos aprendizajes que lo llevarán a la evolución desde el punto de vista de los logros en cada hito de desarrollo. Así entonces, todos estos aprendizajes realizados en casa le permitirán integrarse en sus primeras interacciones sociales, las cuales logrará al insertarse en el sistema de educación inicial.

La actual política del Estado se ha preocupado por ahondar en el cuidado infantil visto de una manera integral. En Colombia se han dado grandes pasos a este nivel con la implementación de programas que centran sus esfuerzos en el trabajo con los niños desde muy temprana edad, lo que significa un gran apoyo hacia la dinámica de la familia actual, en la que los padres se encuentran insertados al mercado laboral y se ven en la obligación de dejar a sus hijos al cuidado de estos entes públicos. En este mismo nivel, el ICBF ha insertado en sus programas la educación dirigida a niños pequeños al fortalecer la estimulación en todas las áreas (cognitiva, social, emocional, motora y del lenguaje) y al tiempo que ha logrado identificar a los niños con dificultades y mantener su seguimiento.

En el caso de este estudio, se encontraron niños que aún no accedían a estos servicios, por diversas razones, pero que finalmente en algún momento formarán parte de esta educación inicial. A pesar de la desescolarización, se demostró que los niños estaban expuestos a ambientes enriquecedores por parte del cuidado recibido en casa; muchas veces el cuidador no se hace consciente de las múltiples acciones estimulantes que benefician al niño en el día a día, por ello sería de gran relevancia iniciar la educación en este tipo de población por medio de programas masivos.

Finalmente, cabe señalar que las acciones en la primera infancia siguen siendo la prioridad para todos los programas de salud de cualquier país. Es urgente que las instituciones educativas centren una parte de sus líneas investigativas en el desarrollo de estudios fundamentados en la mejora de las condiciones del infante.

Referencias

- 254 Aesen, B.; Mujica, J.; Bachelet, M. (2010). *Inversión en la primera infancia*. Montevideo: Unicef.
- Aguilar, F. J.; Duarte, C. G.; Rejón, M. E.; Serrano, R.; Pinzón, A. L. (2014). Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediátrica de México*, 35(4), 259-266. Recuperado de: <http://nietoeditores.com.mx/nieto/Acta-pediátrica/2014/jul-ago/ActaPediátrica4small.pdf>
- Aguirre, E.; Montoya, L. M.; Reyes, J. A. (2006). Crianza y castigo físico. En *Diálogos 4. Discusiones en la psicología contemporánea*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bernier, A.; Beauchamp, M.; Bouvette-Turcot, A.; Carlson, S.; Carrier, J. (2013). Sleep and cognition in preschool years: specific links to executive functioning. *Society for Research in Child Development*, 1542-53. DOI: 10.1111/cdev.12063.
- Bezoz, L.; Escribano, E. (2012). ¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres? A propósito de un caso. *Pediatría de Atención Primaria*, 14(56), 317-321. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000500006>
- Bothert, K. C. (2016). Variaciones culturales en los saberes acerca de los niños. *Infancias Imágenes*, 15(2), 18-24. DOI: 10.14483/udistrital.jour.infirmg.2016.2.a13.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y niñas*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/ManualDP.pdf>
- _____. (2005). *Los hábitos de higiene*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf>
- Freire de Castilho, A. R.; Mialhe, F. L.; de Souza Barbosa, T.; Puppim-Rontanid, R. M. (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 89(2), 116-123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.014>
- Gutiérrez, C. (2005). *Control de esfínteres en los niños*. Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León. Recuperado de: <https://www.sccalp.org/documents/0000/0380/esfinteres.pdf>
- Hooley, M.; Skouteris, H.; Boganin, C.; Satur, J. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*, 40(11), 873-885. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2012). *De cero a Siempre atención integral a la primera infancia*. Bogotá: Comisión intersectorial de primera infancia. Recuperado de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/Especiales/prueba/PrimeraInfancia/DeCeroaSiempre1/Estrategia/Cartilla%20Estrategia%20De%20Cero%20a%20Siempre.pdf>
- Muñoz, L. A. (2003). *Educación psicomotriz: texto pedagógico* (4ª ed.). Armenia, Colombia: Kinesis.
- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ngure, F. M.; Reid, B. M.; Humphrey, J. H.; Mbuya, M. N.; Peltó, G.; Stoltzfus, R. J. (2014). Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development: making the links. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1308, 118-128. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.12330/full>

- Núñez, L.; Icaza, G.; Contreras, V.; Correa, G.; Canales, T.; Mejía, G. (2013). Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 344-349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.02.004>
- Ojeda del Valle, M. (2012a). El sueño en la edad preescolar y su repercusión en el desarrollo, la conducta y el aprendizaje. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2), 198-204. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200008&lng=es&lng=es.
- _____. (2012b). Pesquisa de factores de riesgo en niños preescolares de diferentes municipios de Cuba, 2006-2007. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2), 149-162. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200003
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud y Protección Social (OPS;OMS; MinSalud).(2012). *AIEPI (atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia)* (3ª ed.). Bogotá: OPS.
- OPS. (2009). *Salud del niño y del adolescente salud familiar y comunitaria*. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/si-oral1.pdf>
- _____. (2010). *Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GUIA-PARA-LA-ATENCION-DE-LA-NINEZ-EN-LA-FAMILIA.pdf>
- Ortiz, N. (1999). *Escala abreviada del desarrollo*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: https://docs.google.com/document/d/1mgL3hLICyOWe_4_an_m6422wS2Q-3vErTo9x_bwP9sPefl/edit
- Pesce, C.; Moroga, M.; Mingo, V. (2007). *Programa de estimulación del desarrollo infantil "Juguemos con nuestros hijos"*. Recuperado de: http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/jugemos_corregido.pdf
- Pollack, J. M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin*, 86(2), 225-241. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.225>
- Posada, A.; Gómez, J. F.; Ramírez, H. (2005). *El niño sano* (3ª ed.). Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda.
- Prado, E. L.; Dewey, K. G. (2014). Nutrition and brain development in early life. *Nutrition Reviews*, 72(4), 267-284. DOI: <https://doi.org/10.1111/nure.12102>
- Pulido, S.; Castro, J.; Peña, M.; Ariza, D. P. (2013). Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 245-259. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a17.pdf>
- Ramos, R.; Cruz, F.; Pérez, M.; Salvatierra, M. T.; Robles, C.; Koletzko, B. (2008). Predicción del desarrollo mental a los 20 meses de edad por medio de la evaluación del desarrollo psicomotor a los seis meses de vida en niños sanos. *Salud Mental*, 31(1), 53-61. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100008
- Rossin, M. B.; Buzzella, L. (s.f.). *Importancia de la educación temprana en la primera infancia*. Buenos Aires: Departamento de Psicopedagogía, Pontificia Universidad Católica Argentina. Recuperado de: http://uca.edu.ar/uca/common/grupo75/files/Importancia_de_la_Educacion_Temprana_en_la_Primer_Infancia.pdf
- Sauceda, J. M.; Olivo, N.; Gutiérrez, J.; Maldonado, M. (2006). El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(6), 382-388. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000600004
- Schonhaut, L.; Rojas, P.; Kaempffer, A. M. (2005). Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(6), 589-598. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000600006
- Silva, G. (2016). Desnutrición en Colombia-desde lo social, lo económico y lo político. *Precop SCP*, 15(2), 6-19. Recuperado de: <https://scp>.

com.co/wp-content/uploads/2016/06/1.-Desnutricion.pdf

Trenchi, N. (2011). *¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad* (1ª ed.). Montevideo: Unicef.

Valdés, M.; Spencer, R. (2011). Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años

de edad de la ciudad de Talca - Chile. *Theoria*, 20(2), 29-43. Recuperado de: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v20-2/4.pdf>

Wisbaum, W. (2011). *La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Unicef. Recuperado de: <https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

