

## ÍNDICE GENERAL

<b>1. Planteamiento del problema</b>	<b>3</b>
1.1. Descripción del problema . . . . .	3
1.2. Delimitación del problema . . . . .	3
1.3. Preguntas de investigación . . . . .	4
<b>2. Objetivos</b>	<b>5</b>
2.1. Objetivo general . . . . .	5
2.2. Objetivos específicos . . . . .	5
<b>3. Justificación</b>	<b>6</b>
<b>4. Marco teórico</b>	<b>8</b>
4.1. Antecedentes y contextualización del neurodesarrollo infantil . . . . .	8
4.1.1. Panorama global del desarrollo infantil . . . . .	8
4.1.2. Contexto guatemalteco del neurodesarrollo infantil . . . . .	8
4.1.3. Estudios previos sobre factores de riesgo en el neurodesarrollo . . . . .	11
4.1.4. Brechas en el conocimiento e importancia del estudio actual . . . . .	14
4.2. Neurodesarrollo: Definición y relevancia . . . . .	14
4.2.1. Relevancia del neurodesarrollo infantil . . . . .	15
4.3. Procesos biológicos del desarrollo cerebral . . . . .	16
4.3.1. Desarrollo cerebral en el período embrionario . . . . .	16
4.3.2. Desarrollo cerebral en el período fetal . . . . .	18
4.3.3. Desarrollo cerebral en el período postnatal . . . . .	22
4.4. Modelo biopsicosocial del desarrollo infantil . . . . .	23
4.4.1. Teorías principales . . . . .	24
4.4.2. Relaciones cuidador-niño . . . . .	26
4.4.3. Estrés y trauma infantil . . . . .	27
4.5. Hitos del desarrollo infantil . . . . .	29
4.5.1. Desarrollo motor grueso . . . . .	29
4.5.2. Desarrollo motor fino . . . . .	30

4.5.3. Desarrollo social . . . . .	32
4.5.4. Desarrollo emocional . . . . .	34
4.5.5. Desarrollo cognitivo . . . . .	36
4.6. Teorías del desarrollo y la cognición . . . . .	38
4.6.1. Teorías psicoanalíticas . . . . .	38
4.6.2. Teorías cognitivas . . . . .	40
4.6.3. Teorías socioculturales . . . . .	44
4.6.4. Teoría de sistemas dinámicos . . . . .	46
4.7. Retraso en el neurodesarrollo . . . . .	47
4.7.1. Factores de riesgo para retraso en el neurodesarrollo . . . . .	48
4.8. Evaluación del neurodesarrollo infantil en el contexto de salud pública . . . . .	48
4.8.1. Cuestionarios Edades y Etapas 3 . . . . .	48
<b>5. Población y métodos</b>	<b>52</b>
5.1. Tipo y diseño de la investigación . . . . .	52
5.2. Unidad de análisis . . . . .	52
5.3. Población y muestra . . . . .	52
5.4. Selección de los sujetos a estudio . . . . .	53
5.5. Definición y operacionalización de variables . . . . .	53
5.6. Hipótesis . . . . .	58
5.7. Técnicas de recolección de información e instrumentos de medición . . . . .	58
5.8. Plan de análisis de datos . . . . .	59
5.9. Principios éticos en la investigación . . . . .	60

## **SECCIÓN 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

Los trastornos del neurodesarrollo infantil representan un desafío significativo para la salud pública en Guatemala, particularmente en regiones como Quetzaltenango donde convergen múltiples factores de riesgo socioeconómicos y ambientales. Según el informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022, apenas el 49.8 % de los niños guatemaltecos entre 24 y 59 meses se encuentran en el camino adecuado de desarrollo, salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. Esta situación se agrava por el limitado acceso a programas de primera infancia, evidenciado por el hecho de que solo el 1.9 % de las madres de niños entre 2 y 5 años reportaron que sus hijos habían asistido alguna vez a estos programas. [1]

En el contexto global, UNICEF reporta que aproximadamente 250 millones de niños menores de 5 años están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo, y cerca de 200 millones presentan retrasos en su desarrollo global debido a la desnutrición en la primera infancia. [2] Esta problemática se refleja en Guatemala, donde la convergencia de factores como la pobreza, el acceso limitado a servicios de salud y la desnutrición crónica crean condiciones que pueden afectar negativamente el neurodesarrollo infantil.

Los estudios previos realizados en contextos similares han demostrado asociaciones significativas entre diversos factores de riesgo y el retraso en el desarrollo infantil. Por ejemplo, investigaciones realizadas en Etiopía han encontrado que el retraso en el crecimiento y el bajo peso, están fuertemente asociados con retrasos en el desarrollo. Sin embargo, existe una brecha significativa en la investigación sobre estos factores en el contexto específico de Quetzaltenango.

### **1.2 Delimitación del problema**

- 1.2.1. **Ámbito geográfico:** El estudio se realizará en el distrito de Quetzaltenango, específicamente en tres servicios de salud: el Centro de Salud de Quetzaltenango, el Puesto de Salud de Pacajá y el Puesto de Salud de San José Chiquilajá.
- 1.2.2. **Ámbito institucional:** La investigación se desarrollará en los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ubicados en el distrito de Quetzaltenango.

- 1.2.3. **Ámbito poblacional:** La población de estudio comprenderá niños de 0 a 59 meses que acudan a los servicios de atención primaria mencionados para controles de crecimiento y desarrollo, vacunación o consulta médica, excluyendo aquellos con diagnóstico previo de trastornos del neurodesarrollo o discapacidad intelectual.
- 1.2.4. **Ámbito temporal:** El estudio se realizará durante el período de marzo a junio de 2025, tiempo durante el cual se evaluarán 1,697 niños que cumplan con los criterios de inclusión.
- 1.2.5. **Ámbito temático:** La investigación se centrará en la identificación y análisis de los factores de riesgo asociados al neurodesarrollo infantil, evaluando específicamente cinco dominios mediante el Cuestionario Edades y Etapas 3:
- Desarrollo de la comunicación
  - Desarrollo motor grueso
  - Desarrollo motor fino
  - Habilidades de resolución de problemas
  - Desarrollo socio-individual

### **1.3 Preguntas de investigación**

- 1.3.1. ¿Qué patrones específicos de riesgo en los dominios del neurodesarrollo pueden identificarse mediante el Cuestionario Edades y Etapas 3 en niños menores de 5 años que asisten a servicios de atención primaria en Quetzaltenango?
- 1.3.2. ¿Cuál es la asociación entre factores socioeconómicos, demográficos, familiares y antecedentes perinatales con el riesgo de retraso en cada uno de los cinco dominios del neurodesarrollo evaluados mediante el ASQ-3 en niños menores de 5 años en Quetzaltenango?
- 1.3.3. ¿En qué medida el acceso a servicios de atención primaria durante los períodos prenatal y postnatal modifica la asociación entre factores de riesgo socioeconómicos y el desarrollo infantil temprano en los distintos dominios evaluados por el Cuestionario Edades y Etapas 3?

## **SECCIÓN 2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

- 2.1.1. Establecer la asociación entre factores sociodemográficos, económicos, familiares y médicos con el riesgo en el neurodesarrollo en niños menores de 5 años que asisten a servicios de atención primaria en el distrito de Quetzaltenango, mediante evaluaciones con el “Cuestionario Edades y Etapas 3” durante 2025.

### **2.2 Objetivos específicos**

- 2.2.1. Clasificar los resultados del “Cuestionario Edades y Etapas 3” según grupos de edad para detectar patrones específicos de riesgo en los dominios del neurodesarrollo.
- 2.2.2. Evaluar la asociación entre factores socioeconómicos, demográficos, ambientales y antecedentes perinatales y el riesgo de retraso en el neurodesarrollo utilizando el “Cuestionario Edades y Etapas 3”.
- 2.2.3. Analizar la relación entre acceso a servicios de atención primaria durante el periodo prenatal y postnatal con la presencia de riesgo de retraso en el neurodesarrollo.

### SECCIÓN 3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del desarrollo, también conocidos como retrasos del desarrollo, constituyen un grupo heterogéneo de condiciones que afectan el aprendizaje, el lenguaje, el comportamiento o las habilidades motoras. [3] Estos retrasos se identifican cuando un niño no alcanza los hitos de desarrollo esperados en comparación con sus pares de la misma población [4]. Por ello es importante destacar que el retraso en el desarrollo no es un diagnóstico en sí mismo, sino un término descriptivo utilizado en la práctica clínica para indicar un fenotipo amplio que requiere una evaluación más detallada para determinar las áreas específicas de desarrollo afectadas. Hay tres tipos de retraso en el desarrollo basado en el número de dominios involucrados: 1) Retraso aislado en el desarrollo: involucra un solo dominio; 2) Múltiples retrasos en el desarrollo: 2 o más dominios o líneas de desarrollo afectados; y, 3) Retraso global en el desarrollo: retraso significativo en la mayoría de los dominios de desarrollo. [5] Aunque la etiología de la mayoría de los retrasos en el desarrollo es idiopática, cuando se identifica, puede incluir factores genéticos, ambientales y/o psicosociales. [6]

En Guatemala, según el informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022 de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, solo el 1.9% de las madres de niños entre 2 y 5 años reportaron que sus hijos habían asistido alguna vez a un programa de primera infancia, y apenas el 0.6% asiste actualmente a un Centro Comunitario de Desarrollo Infantil Temprano. Más preocupante aún, solo el 49.8% de los niños de 24 a 59 meses se encuentran en el camino adecuado de desarrollo, salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. [1]

A nivel global, según un reporte de UNICEF en 2023, se estima que 250 millones de niños menores de 5 años están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo. Aproximadamente 200 millones de niños menores de 5 años no están creciendo, no presentan un adecuado desarrollo global, debido a la desnutrición en la primera infancia. Además, más de 2 de cada 5 niños entre 3 y 4 años no reciben la estimulación temprana ni el cuidado parental adecuados. Como resultado de estas y otras amenazas, el 29% de los niños de 3 a 5 años no están logrando un desarrollo apropiado. [2]

El neurodesarrollo infantil es un proceso complejo y dinámico que sienta las bases para el futuro cognitivo, emocional y social de los individuos. En Quetzaltenango, Guatemala, existe una

brecha significativa en la investigación sobre los factores que influyen en el desarrollo neurológico de los niños menores de 5 años. Esta carencia de datos locales específicos obstaculizan la implementación de intervenciones efectivas y políticas públicas adecuadas.

Para llevar a cabo este estudio en Quetzaltenango, es necesario un equipo de 5 investigadores debido a la complejidad y el alcance de la muestra, la cual comprende 1,701 niños. La distribución del trabajo se detalla a continuación:

- Carga de trabajo y distribución: Cada investigador estará a cargo de evaluar aproximadamente 340 niños, lo cual permite una división equitativa para asegurar una atención detallada en cada caso. Esto es crucial para mantener la calidad de los datos y la consistencia en la recolección de información, aspecto necesario para la validez del estudio.
- Tiempo estimado de evaluación: Cada evaluación individual tomará alrededor de 30 a 50 minutos. Esto representa aproximadamente 1,417 horas en total o 283 horas por investigador. La presencia de 5 investigadores optimiza el proceso y asegura que las evaluaciones se realicen en el tiempo programado.
- Cobertura de múltiples puntos de atención: La investigación se llevará a cabo en tres servicios de atención primaria de Quetzaltenango: el Centro de Salud de Quetzaltenango, el Puesto de Salud de Pacajá y el Puesto de Salud de San José Chiquilajá.
- Atención a casos en riesgo: Los niños identificados con riesgo en el neurodesarrollo y sus padres o tutores recibirán plan educacional y material de apoyo para promover actividades de estimulación temprana en casa. El mismo lo llevará a cabo el investigador utilizando herramientas recomendadas por UNICEF.

En conclusión, la integración de un equipo de 5 investigadores permite abordar de manera exhaustiva y precisa los desafíos de la evaluación de neurodesarrollo en niños menores de 5 años en Quetzaltenango. Los resultados esperados no solo aportarán evidencia científica local, sino que también promoverán intervenciones que puedan mejorar el desarrollo integral de los niños, sensibilizando a las autoridades y profesionales de la salud sobre la importancia de intervenciones tempranas y costo efectivas en el desarrollo de la primera infancia.

## SECCIÓN 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Antecedentes y contextualización del neurodesarrollo infantil

#### *4.1.1 Panorama global del desarrollo infantil*

A nivel global, los desafíos asociados con el desarrollo infantil son amplios y están influenciados por factores socioeconómicos, culturales y ambientales. Según UNICEF, aproximadamente 250 millones de niños menores de 5 años están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo debido a factores como la desnutrición, la falta de estimulación temprana y el acceso limitado a servicios de salud y educación [2]. Estas condiciones adversas son particularmente prevalentes en países de ingresos bajos y medios, donde se observan altas tasas de desnutrición crónica y pobreza.

La neurociencia del desarrollo ha demostrado que los primeros años de vida, especialmente los primeros 1000 días, son críticos para el desarrollo cerebral. Durante este período, las experiencias ambientales y las interacciones con los cuidadores moldean la arquitectura del cerebro, impactando habilidades como el lenguaje, la memoria y el control emocional [7]. Las adversidades tempranas, como la pobreza y la desnutrición, pueden tener efectos negativos duraderos en la plasticidad cerebral, lo que subraya la importancia de intervenciones tempranas y programas de estimulación.

Desde una perspectiva ecológica, el desarrollo infantil está influenciado por múltiples sistemas que interactúan entre sí, como se describe en el modelo de Bronfenbrenner [8]. Este enfoque destaca la importancia de los entornos inmediatos, como la familia y la comunidad, así como de factores más amplios, como las políticas públicas y las normas culturales. Por ejemplo, en Guatemala, el acceso limitado a programas de primera infancia y los altos índices de desnutrición crónica limitan significativamente las oportunidades de desarrollo infantil, especialmente en comunidades rurales [1].

#### *4.1.2 Contexto guatemalteco del neurodesarrollo infantil*

Guatemala se caracteriza por ser un país con una rica diversidad cultural, conformado por diferentes grupos étnicos: Maya, Garífuna, Xinka y Mestizo. Aunque la mayoría de la población guatemalteca (54 %) reside en zonas urbanas, es importante señalar que la población indígena habita predominantemente en áreas rurales (57 %). [9]



El panorama demográfico de Guatemala presenta importantes desafíos para la primera infancia. Según datos del censo poblacional de 2018, en el país habitan aproximadamente 2,3 millones de niñas y niños menores de 6 años, de los cuales cerca de un millón viven en condiciones de pobreza y 800 mil en situación de extrema pobreza. [10] Los departamentos con mayor proporción de población infantil temprana son Totonicapán (41.7 %), Huehuetenango (41.4 %) y El Quiché (41.1 %). [11] Adicionalmente, el 3.8 % de la población infantil y adolescente entre 4 y 17 años presenta algún tipo de dificultad visual, auditiva, física, de concentración, autocuidado o comunicación. [10]

Si bien Guatemala constituye la economía más grande de América Central en términos de población (aproximadamente 17.6 millones de habitantes en 2023) y actividad económica (con un PIB de 104.4 mil millones de dólares estadounidenses en 2023), este crecimiento económico no se ha traducido en una reducción significativa de la pobreza. Para 2023, se estimaba que el 55 % de la población vivía en condiciones de pobreza, mientras que la economía informal representaba el 49 % del PIB, con un 71.1 % de la población empleada trabajando en el sector informal. [12] Es importante destacar que la pobreza y las experiencias adversas durante la infancia tienen efectos fisiológicos y epigenéticos a largo plazo en el desarrollo cerebral y la cognición. [13] [14]

La situación del desarrollo infantil en Guatemala es preocupante. De acuerdo con los datos de 2021-2022, Guatemala ha obtenido un 50 % en el Índice de Desarrollo Infantil Temprano, lo que significa que apenas la mitad de los niños entre 24 y 59 meses presenta un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. Existen disparidades significativas entre diferentes grupos poblacionales: mientras que el 57.9 % de los niños no indígenas muestra un desarrollo adecuado, solo el 45 % de los niños indígenas alcanza este nivel. [1] Las diferencias se acentúan aún más cuando se analiza el índice en función de la riqueza del hogar, observándose una brecha de 23 puntos porcentuales entre los hogares con mayor y menor riqueza. [15]

El limitado acceso a oportunidades educativas constituye otro desafío fundamental. En 2020, la tasa neta de cobertura en el nivel inicial fue de apenas el 1.1 % a nivel nacional. En ese mismo año, se registraron 597,195 niñas y niños inscritos en educación preprimaria, con una cobertura nacional del 60.8 %, representando el 13.8 % del total de estudiantes inscritos en los distintos niveles educativos. [9] Para niños menores de 4 años, la cobertura educativa es particularmente baja, mientras que para niños entre 4 y 6 años alcanza el 64.4 %. [16]

La situación educativa de la niñez con discapacidad representa un desafío particular para el país. Según la ENDIS 2016, el 76 % de las niñas y niños entre 5 y 18 años con algún tipo

de discapacidad asiste a la escuela, observándose una marcada diferencia entre el área urbana (90 %) y el área rural (61 %). Los niños con limitaciones significativas en el funcionamiento físico o cognitivo tienen menor probabilidad de ser inscritos en establecimientos educativos. [9]

Al analizar la relación entre desarrollo infantil temprano y estado nutricional, los resultados son consistentes con estudios previos que demuestran que los niños con desnutrición crónica tienden a presentar un menor desarrollo. En la encuesta de línea base de la Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022, esta relación se evidencia claramente: el porcentaje de niños con desarrollo adecuado es mayor entre aquellos que no presentan desnutrición crónica (55,6 %) en comparación con quienes padecen este tipo de malnutrición (43,3 %). [1]

La desnutrición crónica afecta aproximadamente al 46.5 % de los niños guatemaltecos menores de 5 años, reflejando profundas desigualdades sociales. El porcentaje de desnutrición crónica es significativamente mayor en áreas rurales (53 % frente a 34.6 % en zonas urbanas), en población indígena (58 % frente a 34.2 % en población no indígena), en hogares donde las madres carecen de escolaridad (67.0 % frente a 19.1 % en hogares donde la madre tiene educación superior), en hogares con menor riqueza económica (65.9 % en el quintil inferior frente a 17.4 % en el quintil superior) y cuando existe un menor espaciamiento entre embarazos (57.0 % frente a 39.6 % con mayor espaciamiento). [17]

Las prácticas de alimentación infantil también presentan importantes desafíos. Solo el 63.1 % de las niñas y niños reciben lactancia materna dentro de la primera hora de nacidos, el 53.2 % reciben lactancia materna exclusiva entre los 0 y 6 meses de edad, y la duración promedio de la lactancia materna exclusiva es de apenas 2.8 meses. En cuanto a la alimentación complementaria, el 55.7 % de los niños entre 6 y 23 meses que son amamantados reciben cuatro o más grupos de alimentos, mientras que el 71.2 % de los niños no amamantados en este mismo rango de edad reciben una frecuencia mínima de comidas. [17] [9]

A pesar de que el vínculo entre el cuidador y el niño es fundamental para un desarrollo infantil positivo, muchos niños guatemaltecos experimentan violencia por parte de sus cuidadores. Un estudio realizado a finales de 2019 en 52 comunidades de los departamentos de Sololá, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Quetzaltenango y San Marcos reveló que 8 de cada 10 adultos consideran que en su comunidad la forma más habitual de corregir a los hijos es mediante castigos físicos como cincho, chicote, vara, golpes o gritos. La mitad de los adultos piensa que la falta de este tipo de disciplina refleja una carencia de carácter por parte de los padres. [9] [18]

#### **4.1.3 Estudios previos sobre factores de riesgo en el neurodesarrollo**

En un estudio transversal realizado por Mehner et al. (2019), titulado “La asociación de la puntuación de riesgo acumulativo con los resultados de ASQ-3 en una región rural empobrecida de Guatemala”, se evaluó una muestra de conveniencia de 148 madres con niños de 12 a 52 meses de edad en una zona rural de Guatemala. El objetivo principal fue desarrollar una puntuación de riesgo compuesta por factores fácilmente obtenibles para diseñar intervenciones e identificar a los niños de alto riesgo que más se beneficiarían de estas. Se utilizaron encuestas de interacción madre-hijo y “Cuestionario Edades y Etapas 3” para evaluar el desarrollo. Los resultados mostraron que el 58 % de los niños tenían puntuaciones anormales en  $\geq 1$  dominio del ASQ-3, y el 35 % en  $\geq 2$  dominios. Se desarrollaron tres puntuaciones de riesgo: Riesgo Demográfico Materno (DR), Interacción Madre-Hijo (MCI) y Riesgo Combinado (CR). La probabilidad de tener  $\geq 2$  dominios con puntuaciones anormales aumentó significativamente con un puntaje DR creciente (OR, 1.46 [IC 95 %, 1.15-1.86]  $p < 0.05$ ) y un puntaje CR creciente (OR, 2.08 [IC 95 %, 1.41-3.07],  $p < 0.05$ ). Los autores concluyeron que un índice de riesgo acumulativo combinado de factores demográficos e interacciones madre-hijo parece ser una herramienta útil para predecir qué niños tienen puntuaciones anormales en múltiples dominios del desarrollo. [19]

En el contexto específico de Guatemala, un análisis del informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022 revela datos preocupantes: la cobertura de programas de primera infancia es extremadamente limitada, con apenas un 1.9 % de niños entre 2 y 5 años que han asistido alguna vez a estos programas. Más alarmante aún es que solo el 49.8 % de los niños guatemaltecos entre 24 y 59 meses muestran un desarrollo adecuado en las dimensiones de salud, aprendizaje y bienestar psicosocial [1]. Estos datos son consistentes con las observaciones de Mehner et al. [19] en zonas rurales de Guatemala, donde encontraron que el 58 % de los niños evaluados presentaban puntuaciones anormales en al menos un dominio del ASQ-3.

En una revisión sistemática y meta-análisis realizada por Wondmagegn et al. (2024), titulada “Prevalencia y determinantes del retraso del desarrollo entre los niños en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática y un metanálisis”, se analizaron 21 estudios primarios publicados entre 2010 y 2024, involucrando a un total de 54,067 niños en países de ingresos bajos y medios. El objetivo principal fue evaluar la prevalencia combinada del retraso del desarrollo confirmado y sus determinantes entre los niños en estos países. Los resultados mostraron una prevalencia combinada de retraso del desarrollo del 18.83 % (IC 95 %: 15.53-22.12 %). En

el análisis de subgrupos, se observó una alta prevalencia de retraso del desarrollo [26.69 % (IC 95 %: 15.78-37.60)] en estudios realizados en África. Los determinantes significativos del retraso del desarrollo fueron la educación materna [OR: 3.04; IC 95 % (2.05, 4.52)] y el bajo peso al nacer [OR: 3.61; IC 95 % (1.72, 7.57)]. Los autores concluyeron que la prevalencia combinada de retraso del desarrollo en países de ingresos bajos y medios era alta en comparación con los países de altos ingresos, especialmente en África, y que el nivel educativo materno y el peso al nacer estaban significativamente asociados con los retrasos del desarrollo. [20]

En un estudio transversal comunitario realizado en áreas urbanas de Etiopía por Delbiso et al. (2024), titulado “Desarrollo de la primera infancia y estado nutricional en la Etiopía urbana”, se evaluaron 627 pares de madres e hijos de 12-36 meses de edad entre julio y septiembre de 2022. El desarrollo infantil temprano (DIT) se evaluó utilizando el “Cuestionario Edades y Etapas 3”, mientras que el estado nutricional se determinó mediante mediciones antropométricas. Los resultados mostraron que los retrasos en los dominios del DIT eran comunes, especialmente en el dominio motor fino (41.9 %). Más de la mitad de los niños (52.8 %) presentaban retraso en el crecimiento. Se encontró que el retraso en el crecimiento y el bajo peso estaban asociados con retrasos en el DIT, mientras que la desnutrición aguda no lo estaba. Los niños con retraso en el crecimiento tenían más probabilidades de tener peores retrasos en el DIT en los dominios motor fino (OR = 1.54; IC 95 %: 1.11-2.15), motor grueso (OR = 1.47; IC 95 %: 1.05-2.04) y resolución de problemas (OR = 1.41; IC 95 %: 1.02-1.96) en comparación con los niños sin retraso en el crecimiento. De manera similar, los niños con bajo peso tenían más probabilidades de tener peores retrasos en el DIT en los dominios motor grueso (OR = 1.91; IC 95 %: 1.20-3.04) y motor fino (OR = 1.90; IC 95 %: 1.15-3.15) en comparación con los niños de peso normal. [21]

Domek et al. (2023) realizaron un estudio piloto para evaluar los efectos a largo plazo de una intervención simple con títeres de dedo para promover el desarrollo infantil temprano en el ámbito de atención primaria. La muestra incluyó 172 niños de familias principalmente de bajos ingresos, divididos en cohortes de intervención temprana (2 meses) y tardía (6 o 12 meses). Se utilizó el “Cuestionario Edades y Etapas 3” para evaluar el desarrollo infantil hasta los 36 meses. Los resultados mostraron que la intervención temprana se asoció con mejores trayectorias de desarrollo socioemocional en comparación con la intervención tardía (diferencia en pendiente de 0.12,  $p=0.018$ ). También se observaron diferencias que se acercaron a la significancia estadística en comunicación ( $p=0.056$ ) y en la puntuación combinada no motora ( $p=0.052$ ). No se encontraron diferencias significativas en los dominios de resolución de problemas, motricidad gruesa y

fina. Los autores concluyeron que la intervención con títeres de dedo puede proporcionar una forma simple, de bajo costo y escalable de fomentar interacciones cuidador-infante que promuevan el desarrollo del lenguaje y socioemocional, especialmente cuando se proporciona en la infancia temprana. Este estudio destaca la importancia de las intervenciones tempranas en atención primaria y su potencial impacto en el desarrollo infantil a largo plazo. [22]

En un estudio transversal, descriptivo y exploratorio realizado por Ramos y Della Barba (2021), titulado Cuestionarios de edades y etapas de Brasil en el seguimiento del desarrollo en la primera infancia, se analizaron 392 niños de 5 a 50 meses de edad que asistían a 6 Centros de Educación Infantil (CEIs) en un municipio del interior del estado de São Paulo, Brasil. El objetivo principal fue delinear el perfil del desarrollo global de los niños utilizando el “Cuestionario Edades y Etapas 3” edición Brasil (ASQ-BR) y verificar la aplicabilidad de este instrumento por parte de los maestros preescolares. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños presentaron un desarrollo dentro de lo esperado, con los mejores desempeños en los dominios de Motricidad Gruesa (79.44 %), Comunicación (72.34 %) y Resolución de Problemas (69.54 %). Sin embargo, se observó una incidencia significativa de riesgo en los dominios Personal-Social (22.08 %) y Motricidad Fina (19.03 %). En el análisis por sexo, las niñas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los niños en los dominios de Motricidad Fina y Personal-Social. Los autores concluyeron que el ASQ-BR se presenta como un instrumento potencial para el cribado del desarrollo infantil en guarderías y preescolares, permitiendo a los profesionales reflexionar sobre su propia práctica y atender mejor las necesidades individuales de los niños. [23]

Oumer et al. (2022), titulado “El retardo de crecimiento y bajo peso, pero no la desnutrición aguda, están asociados con el retraso en el desarrollo infantil en el suroeste de Etiopía”, se analizaron 507 pares de madres e hijos en el Suroeste de Etiopía. El objetivo principal fue identificar la relación entre diferentes formas de malnutrición y el retraso en el desarrollo infantil entre niños de 12 a 59 meses de edad. Los resultados mostraron una prevalencia de retraso en el desarrollo del 29.4 % (IC 95 %: 25.4-33.4 %). En el análisis de subgrupos, se observaron retrasos en el desarrollo de habilidades motoras gruesas (17.2 %), comunicación (16.8 %), resolución de problemas (13.4 %), habilidades personales-sociales (10.8 %) y motricidad fina (10.1 %). Los determinantes significativos del retraso en el desarrollo fueron el trabajo materno fuera del hogar [AOR: 2.9; IC 95 % (1.8, 4.8)], el nacimiento prematuro [AOR: 3.2; IC 95 % (1.4, 7.0)], la iniciación temprana de la alimentación complementaria [AOR: 2.5; IC 95 % (1.37, 4.6)], el retraso en el crecimiento [AOR: 3.0; IC 95 % (1.9, 4.7)], el bajo peso [AOR: 2.3; IC 95 % (1.1, 4.7)] y una baja puntuación

de diversidad dietética [AOR: 3.1; IC 95 % (1.3, 7.5)]. Los autores concluyeron que el retraso en el desarrollo infantil es un problema de salud pública en la región y está fuertemente asociado con la desnutrición crónica, el bajo peso, el consumo de una dieta poco diversificada y prácticas subóptimas de alimentación infantil. [24]

#### ***4.1.4 Brechas en el conocimiento e importancia del estudio actual***

En el distrito de Quetzaltenango, Guatemala, la vulnerabilidad económica, el acceso limitado a servicios de salud y los factores nutricionales representan un riesgo significativo para el neurodesarrollo infantil. Al igual que en otros países de ingresos bajos y medios, las condiciones adversas en esta región pueden influir negativamente en los hitos del desarrollo infantil temprano.

Esta problemática local se enmarca en un contexto global igualmente preocupante. Según UNICEF[2], aproximadamente 250 millones de niños menores de 5 años a nivel mundial están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo, con cerca de 200 millones afectados por desnutrición en la primera infancia. Particularmente relevante para nuestro estudio es que más de 2 de cada 5 niños entre 3 y 4 años no reciben la estimulación temprana ni el cuidado parental adecuados, factores que Domek et al.[22] identificaron como críticos para el desarrollo del lenguaje y socioemocional.

La unión de los datos nacionales con los hallazgos globales subraya la necesidad de investigaciones específicas en contextos como Quetzaltenango, donde factores socioeconómicos, nutricionales y de acceso a servicios de salud pueden influir significativamente en los patrones de desarrollo infantil.

## **4.2 Neurodesarrollo: Definición y relevancia**

El neurodesarrollo es un proceso dinámico y continuo que se extiende desde las primeras etapas de la vida intrauterina hasta la adultez, abarcando una compleja interacción de factores genéticos, epigenéticos, ambientales y sociales. Este proceso es fundamental para el establecimiento de las bases cognitivas, emocionales, motoras y sociales de los individuos, las cuales son esenciales para su aprendizaje, adaptación y productividad a lo largo de la vida [7, 25].

El desarrollo cerebral está regulado por una interacción entre la expresión genética y las influencias ambientales. Mientras que los genes proporcionan el marco básico para el desarrollo de estructuras neuronales, las experiencias tempranas y las interacciones sociales desempeñan un papel crítico en la modelación de las conexiones sinápticas y en la poda neuronal. Como señala Stiles [7], “tanto la expresión genética como los estímulos ambientales son esenciales para

el desarrollo cerebral normal, y la alteración de cualquiera de estos factores puede modificar fundamentalmente los resultados neurales”. Estos mecanismos epigenéticos, como la metilación del ADN, permiten que el entorno modifique la expresión genética sin alterar la secuencia del ADN, impactando así el desarrollo cerebral y la consolidación de habilidades cognitivas y emocionales [26, 27].

En el aspecto biológico, el neurodesarrollo durante los primeros años de vida representa un período crítico caracterizado por un desarrollo acelerado, durante el cual numerosas estructuras neuronales se construyen y organizan siguiendo las siete fases fundamentales del desarrollo cerebral: nacimiento celular, migración celular, diferenciación celular, maduración celular, sinaptogénesis, muerte celular y poda sináptica, y mielinización. [28]

El neurodesarrollo abarca diversos dominios neurológicos fundamentales que evolucionan siguiendo trayectorias interconectadas: sensorial, motor grueso y fino, lingüístico, visuo-espacial, intelectual, memoria, cognición social y función ejecutiva. La maduración de estos dominios sigue una secuencia relativamente predecible, aunque con variaciones individuales significativas, que se manifiesta a través de la adquisición de habilidades cada vez más complejas y refinadas. [25]

#### ***4.2.1 Relevancia del neurodesarrollo infantil***

El neurodesarrollo infantil no solo tiene implicaciones individuales, sino que también constituye un aspecto fundamental de la salud pública. Las investigaciones muestran que retrasos en el neurodesarrollo están asociados con una mayor carga económica y social, debido a la necesidad de intervenciones educativas, médicas y sociales.

El neurodesarrollo infantil también está intrínsecamente ligado a las desigualdades sociales y económicas. Los niños que viven en condiciones de pobreza enfrentan una mayor probabilidad de exposición a factores de riesgo, como la desnutrición y la falta de estimulación temprana. Estas desigualdades no solo limitan el potencial individual, sino que perpetúan el ciclo de pobreza entre generaciones. [2]

En Guatemala, las disparidades son notables: mientras que el 57.9% de los niños no indígenas logran un desarrollo adecuado, esta cifra se reduce al 45% entre los niños indígenas, reflejando las profundas desigualdades estructurales del país. [1]

Las intervenciones tempranas han demostrado ser una estrategia efectiva para mitigar los efectos negativos en el neurodesarrollo. Estas intervenciones incluyen programas de estimulación

temprana, atención prenatal y postnatal de calidad, y políticas públicas que promuevan el acceso a una nutrición adecuada y a servicios educativos.

### 4.3 Procesos biológicos del desarrollo cerebral

El cerebro humano evoluciona a partir de un grupo limitado de células embrionarias hasta convertirse en el sistema orgánico más complejo, todo ello durante los escasos 280 días que comprende la gestación humana. Lo que distingue principalmente el desarrollo fetal humano del de otras especies es precisamente el cerebro, con su masiva corteza prefrontal y su extraordinaria capacidad para investigar y reflexionar sobre su propia naturaleza y funcionamiento. [29]

Durante el neurodesarrollo, los eventos genéticos y epigenéticos se entrelazan siguiendo una regulación estricta, tanto temporal como espacial, transformando un delgado disco de neuroepitelio indiferenciado en un sofisticado sistema de múltiples capas. [29]

El proceso de desarrollo cerebral, genéticamente predeterminado, comprende siete fases claramente definidas que se despliegan a lo largo de un extenso período evolutivo. [28] Mientras algunas de estas fases están circunscritas a períodos específicos, otras mantienen su actividad durante intervalos temporales más prolongados. Las características de estas fases se sintetizan en el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1: Siete fases del desarrollo cerebral

Fase del desarrollo	Proceso
1. Nacimiento celular	Origen de las neuronas y la glia
2. Migración celular	Movimiento de las células a su posición funcional
3. Diferenciación celular	Las células precursoras se transforman en un tipo de célula especializada
4. Maduración celular	Crecimiento de dendritas y axones
5. Sinaptogénesis	Formación de sitios de comunicación de célula a célula
6. Muerte celular y poda sináptica	Muerte celular programada y desmantelamiento de circuitos no usados
7. Mielinización	Formación de la vaina de mielina que aumenta la velocidad de neurotransmisión

Modificado de: Kolb, B y Whishaw, I y Campbell T. [28]

#### 4.3.1 Desarrollo cerebral en el período embrionario

##### Gastrulación: establecimiento de las capas germinales primordiales

Uno de los primeros pasos cruciales en el desarrollo cerebral ocurre durante la tercer semana de gestación, cuando la masa celular interna bilaminar, compuesta por el epiblasto y el hipoblasto, experimenta el proceso de gastrulación para formar las tres capas germinales embrionarias fundamentales: endodermo, mesodermo y ectodermo. [29]



Este proceso se inicia con la aparición de la línea primitiva en la superficie del epiblasto y la definición del polo cefálico, denominado nodo primitivo. La formación de la línea primitiva está principalmente controlada por la activación de la vía de señalización Wnt. [30]

Durante la gastrulación, el epiblasto adquiere la capacidad de migrar hacia la línea primitiva mediante el proceso de transformación epitelio-mesenquimal. La disminución de la adhesión celular permite que las células migratorias del epiblasto se invaginen en la región del nodo y la línea primitiva, deslaminen y desplacen a las células del hipoblasto para formar el endodermo y el mesodermo. Las células restantes del epiblasto se diferencian en ectodermo. El mesodermo dorsal da origen a la notocorda, estructura que posteriormente induce al ectodermo suprayacente a engrosarse y formar la placa neural, dando lugar al neuroectodermo. Este momento marca el final de la gastrulación y el inicio de la neurulación. [29]

La gastrulación también establece visiblemente los ejes primarios del embrión y del sistema nervioso: lateral, anteroposterior y dorsoventral. Para el día embrionario 20, las tres capas germinales (endodermo, mesodermo y ectodermo) están completamente formadas, siendo el ectodermo la capa que dará origen tanto a la piel como al sistema nervioso central. [29]

### **Neurulación: formación del tubo neural**

La neurulación es el proceso mediante el cual se forma el tubo neural a partir del plegamiento de la placa neural epitelial. En humanos, este proceso ocurre en dos fases distintas: la neurulación primaria, durante las semanas 3 y 4 de gestación, que conduce al desarrollo del cerebro y la médula espinal, y la neurulación secundaria, durante las semanas 5 y 6, con la formación de la porción inferior de la médula espinal sacra y coccígea. [29]

La placa neural se forma aproximadamente el día embrionario 21 y para el día 22 el surco neural se hace evidente. La fusión del surco neural comienza el día 23 para formar el tubo neural, cerrándose primero la sección central. La porción rostral del tubo neural, habitada por las primeras células migratorias, se convertirá en el cerebro, mientras que la porción caudal, que recibe células migratorias posteriores, formará la médula espinal. Las regiones rostral y caudal del tubo neural son las últimas en cerrarse. [31]

Durante la neurulación, la población de células madre neurales experimenta una rápida expansión mediante división celular simétrica de las células neuroepiteliales (CNE). Las CNE generadas en este periodo están influenciadas por la expresión de las moléculas de señalización *Emx2* y *Pax6*, que producen progenitores destinados a regiones cerebrales específicas. [31]

Para satisfacer la demanda de neuronas que poblarán el cerebro, alrededor del día 25, las CNE comienzan a dividirse de manera simétrica, produciendo dos CNE con cada división, proceso que continúa hasta aproximadamente el día 42. Poco antes del inicio de la neurogénesis, estas células pierden sus uniones estrechas, comienzan a expresar genes gliales e inician su transformación en células gliales radiales. [7]

### **Formación de vesículas cerebrales primarias y secundarias**

Al finalizar la neurulación, el embrión mide entre 3 y 5 mm de longitud, y para el final de la octava semana gestacional alcanza entre 27 y 31 mm, un incremento de diez veces su tamaño. Durante este periodo, la forma del sistema nervioso primitivo cambia dramáticamente. [7]

Justo antes del cierre completo del tubo neural, el extremo anterior del tubo comienza a expandirse formando las tres vesículas cerebrales primarias: el prosencéfalo (la vesícula más anterior, precursora del cerebro anterior), el mesencéfalo (vesícula media, precursora de las estructuras del cerebro medio) y el rombencéfalo (vesícula posterior, que se desarrollará como cerebro posterior). [7]

Estos tres segmentos se subdividen posteriormente y, al final del periodo embrionario, están presentes las cinco vesículas cerebrales secundarias. El prosencéfalo se divide en telencéfalo y diencefalo, mientras que el rombencéfalo se divide en metencéfalo y mielencéfalo. El mesencéfalo permanece sin subdividirse. Estas cinco subdivisiones se alinean a lo largo del eje rostro-caudal del embrión y establecen la organización primaria del sistema nervioso central. [7]

#### ***4.3.2 Desarrollo cerebral en el período fetal***

Los eventos embrionarios de las primeras seis semanas de desarrollo establecen el patrón tridimensional del cerebro y la médula espinal, determinando el destino de las primeras células neurales. Las etapas posteriores del desarrollo se caracterizan por una proliferación y diferenciación masiva de neuronas y células gliales, seguidas por la migración y organización de la corteza cerebral y cerebelosa, el crecimiento dendrítico, la sinaptogénesis y, finalmente, la formación de vainas de mielina alrededor de las neuronas. [29]

Durante esta fase del desarrollo cerebral, el cerebro previamente liso adquiere el patrón de plegamiento con giros y surcos típicamente observados en el cerebro maduro. Este proceso de desarrollo no consiste en fases temporalmente separadas, sino en una superposición continua de proliferación, migración y organización neuronal. [31]

## **Fase 1 - Nacimiento celular**

Todas las neuronas y células gliales derivan de centros proliferativos especializados cercanos a la superficie pial: la zona ventricular, la zona subventricular y, como se ha descrito más recientemente, la zona subventricular externa. El crecimiento cerebral se caracteriza por la proliferación neuronal entre las semanas 8 y 15 del desarrollo, y posteriormente por la generación de glía radial que cambia a una multiplicación principalmente glial a mediados del segundo trimestre, extendiéndose hasta la vida posnatal. Cierta proliferación neuronal ocurre más tarde en la gestación, principalmente en la capa granular externa del cerebelo y en la zona subventricular. [29]

El primordio cortical está compuesto por células madre neurales pluripotentes en división y células progenitoras neurales más restrictivas que colectivamente forman la zona ventricular. Estas células neurales se dividen mediante el proceso único de movimiento nuclear intercinético. A medida que el núcleo se mueve en consonancia con el ciclo celular, el ambiente a lo largo del eje apical-basal expone los núcleos a diferentes señales, proliferativas versus neurogénicas. Estos eventos proliferativos tempranos aumentan dramáticamente el grosor y la superficie de la zona ventricular, particularmente en el prosencéfalo. [29]

Derivadas de la zona ventricular, las células de la glía radial mantienen mayor pluripotencia y son capaces de producir tanto neuronas como células gliales (astrocitos y oligodendrocitos). Las células gliales radiales son células no neuronales elongadas que cumplen dos funciones: actúan como andamio guía para la posterior migración de neuronas y como progenitores neurogénicos y gliales. [29]

## **Fase 2 - Migración celular**

Entre las semanas 12 y 20 de gestación, millones de neuronas postmitóticas se desplazan desde sus sitios de origen en la zona ventricular y la zona subventricular hacia la corteza en desarrollo y los núcleos profundos, donde residirán durante toda la vida, ocupando posiciones específicas para formar la corteza de seis capas, observable a las 28 semanas de gestación. El momento y la dirección de estas múltiples migraciones simultáneas están estrictamente regulados, y los trastornos de este proceso son poco comunes. [29]

Después de que las células se generan en la zona ventricular o subventricular, migran de manera radial a lo largo de las células gliales radiales. Las células que forman las capas más

profundas de la corteza cerebral salen primero. [29]

### **Fase 3 - Diferenciación celular**

Las especializaciones del cerebro humano surgen durante etapas concretas del neurodesarrollo, un proceso controlado espacial y temporalmente cuya ontogenia es generalmente compartida entre los mamíferos. La diferenciación neuronal no constituye un evento aislado, sino un proceso continuo que comienza con células precursoras, continúa a través de la generación, migración e integración de neuronas recién formadas en circuitos específicos, y prosigue durante un prolongado período de maduración neuronal funcional. [32]

El neurodesarrollo se inicia con la proliferación de células neuroepiteliales que se transforman en diferentes poblaciones de progenitores neurales. Estos progenitores dan origen a diversos subtipos neuronales que migran hacia regiones cerebrales específicas, estableciendo las bases estructurales y funcionales del cerebro en formación. [32]

En la corteza cerebral, los primeros progenitores que aparecen son la glía radial apical, que continúan expandiéndose y produciendo tipos adicionales de progenitores amplificadores, como los progenitores intermedios y la glía radial basal o externa. Este conjunto de progenitores corticales eventualmente da origen a las neuronas corticales, que posteriormente migran hacia la superficie exterior y forman las distintas capas de la corteza en un orden de adentro hacia afuera. [32]

Los progenitores intermedios producen neuronas, mientras que las células de glía radial dan origen tanto a neuronas de proyección como a astrocitos. A medida que se forman capas sucesivas del manto cortical, los progenitores se vuelven más limitados en los tipos celulares que pueden generar. [32]

Cuando las células madre multipotentes se diferencian primero en células progenitoras neurales y posteriormente en neuronas, las alteraciones en la metilación del ADN, las modificaciones de histonas, la accesibilidad de la cromatina y la composición de variantes de histonas median cambios específicos en la transcripción génica asociados con cada etapa del desarrollo. [32]

### **Fase 4 - Maduración celular**

Una vez que las neuronas alcanzan su destino final, extienden dendritas y un axón en un intento de establecer conexiones con otras células y convertirse en parte integral de una red

de comunicación. Las dendritas recopilan información de otras neuronas, mientras que el axón proporciona un medio para enviar información a neuronas ubicadas más adelante en la línea de comunicación. Muchas dendritas se extienden desde una neurona para recibir información de células en la red, pero un solo axón transmite la información procesada por la célula. [31]

Para establecer contactos apropiados, el axón posee un cono de crecimiento en su extremo principal. Este cono de crecimiento es guiado mediante el muestreo de moléculas trópicas producidas localmente que finalmente ayudan al axón a encontrar su objetivo previsto. Una vez identificado ese objetivo, se forma una conexión llamada sinapsis, que proporciona el medio para la comunicación célula a célula. En el contexto de la sinapsis, el axón se considera el terminal presináptico y la dendrita, el terminal postsináptico. [31]

### **Fase 5 - Sinaptogénesis**

El momento de la formación de sinapsis varía a lo largo del cerebro en desarrollo. Los principios básicos de la sinaptogénesis incluyen la formación de las sinapsis más tempranas en las zonas marginal y de la subplaca, un aumento en el número de sinapsis en la placa cortical hasta un pico que excede el número adulto, y un período posterior de eliminación sináptica. En el cerebro, las sinapsis se observan inicialmente en neuronas de la subplaca y la zona marginal. [29]

Inicialmente, las dendritas aparecen como procesos gruesos con algunas ramificaciones finas. A medida que avanza el desarrollo, aparece un gran número y variedad de espinas dendríticas. Posteriormente comienza la eliminación sináptica, y se pierde una gran proporción de sinapsis. [29]

Los factores que estimulan la formación y el desarrollo de sinapsis en el cerebro en desarrollo incluyen tanto eventos independientes de la actividad como eventos dependientes de la actividad que ocurren después del desarrollo de receptores en neuronas diana y la generación de actividad eléctrica. [29]

### **Fase 6 - Muerte celular y poda sináptica**

La formación del cerebro también depende de procesos degenerativos que comienzan en el período prenatal. La muerte celular programada o apoptosis se inicia para reducir el número de células en el cerebro que no han logrado establecer conexiones útiles o tienen conexiones infrutilizadas. [31]

La muerte celular y la eliminación selectiva de procesos neuronales y sinapsis, o poda en el desarrollo cerebral, son críticas para el comportamiento posnatal normal. Típicamente, aproximadamente la mitad de las neuronas en la región cortical mueren antes de la maduración final. Este proceso de muerte celular programada, la apoptosis, se inicia y se mantiene por la expresión de genes específicos. Un aspecto crítico en las fases finales de la secuencia hacia la muerte celular es la activación de caspasas. [29]

La apoptosis parece ser desencadenada fundamentalmente por la competencia neuronal por cantidades limitadas de factores tróficos, generados por el objetivo, la entrada aferente o la glía asociada, permitiendo el emparejamiento numérico de poblaciones neuronales interconectadas y la eliminación de proyecciones aberrantes o incorrectas. [29]

#### ***4.3.3 Desarrollo cerebral en el período postnatal***

Aunque la producción y migración de neuronas son principalmente eventos prenatales, el desarrollo cerebral continúa de manera significativa después del nacimiento. La proliferación y migración de progenitores gliales se extiende durante un período prolongado después del nacimiento, mientras que la diferenciación y maduración de estas células prosigue a lo largo de toda la infancia. [7]

En el período postnatal, la neurogénesis continúa únicamente en un grado muy limitado. No obstante, en la zona subventricular, nuevas neuronas siguen emergiendo y migrando hacia el bulbo olfatorio. Asimismo, se producen neuronas en el giro dentado del hipocampo, donde migran desde la capa subgranular solamente hasta la cercana capa granular. Estas formas excepcionales de neurogénesis parecen continuar durante toda la vida adulta, pero producen solo un pequeño porcentaje de la población neuronal total. [7]

En contraste con la neurogénesis limitada, la proliferación y migración de progenitores gliales continúa durante un período prolongado mientras los oligodendrocitos y astrocitos se diferencian. [7]

La sinaptogénesis que comenzó en el período prenatal continúa en el período postnatal y a lo largo de toda la vida del individuo. La apoptosis continúa desempeñando un papel fundamental en el desarrollo cerebral durante el período postnatal. Las sinapsis poco utilizadas son eliminadas en un proceso denominado poda sináptica, que optimiza los circuitos neuronales para mejorar la eficiencia funcional. [31]

## **Fase 7 - Mielinización**

Aunque cierta mielinización ocurre en el período prenatal, este proceso se intensifica después del nacimiento y continúa hasta bien entrada la tercera década de vida. El proceso de mielinización predice la maduración de áreas corticales. Las áreas motoras y sensoriales primarias del cerebro se mielinizan primero, mientras que las áreas de asociación lo hacen en último lugar. [31]

En el tercer trimestre de gestación, los oligodendrocitos inmaduros desarrollan extensiones lineales mientras envuelven los axones en preparación para la mielinización. En el sistema nervioso central, los oligodendrocitos forman hasta 40 segmentos separados de mielina en múltiples axones, a diferencia del sistema nervioso periférico, donde las células de Schwann mielinizan axones individuales. [29]

Este proceso es seguido por la diferenciación hacia el oligodendrocito maduro, que podría desencadenarse en parte por señales dependientes de la actividad axonal. Los oligodendrocitos maduros se convierten en la etapa oligodendroglial predominante en los meses posteriores al nacimiento a término y dan origen a la mielinización. [29]

Después del inicio de la mielinización, los procesos intracelulares comienzan a intensificarse para crear la composición rica en lípidos de la mielina. El colesterol, los fosfolípidos y los glucoesfingolípidos representan el 70 % de la membrana mielínica. Estas células han desarrollado un sistema altamente eficaz para mantener la proporción óptima de clases de lípidos en la membrana estrechamente envuelta para realizar su función aislante durante la conducción nerviosa. [29]

### **4.4 Modelo biopsicosocial del desarrollo infantil**

La biología influye en el comportamiento y el entorno, y a su vez, el comportamiento y el entorno influyen en la biología a lo largo del desarrollo. Los niños están influenciados directa e indirectamente tanto por su contexto cercano (ej. relaciones con sus cuidadores) como por factores sociales más amplios (ej. violencia en el vecindario o creencias comunitarias). El desarrollo infantil es el producto de la acumulación de interacciones y experiencias cotidianas, así como del contexto comunitario y cultural más amplio en el que se crían. Si bien los eventos importantes (como cambios en la estructura familiar) y las circunstancias (como los recursos familiares) son relevantes para el desarrollo de los niños, también lo son las interacciones pequeñas que conforman la vida cotidiana. [33]

Las influencias tempranas, particularmente aquellas que producen niveles tóxicos de estrés, afectan al individuo a través de su impacto en los sistemas de respuesta al estrés del cuerpo, el desarrollo cerebral y la modificación de la expresión genética. Los cambios epigenéticos, como la metilación del ADN y la acetilación de histonas, pueden estar influenciados por experiencias tempranas e impactar la expresión genética sin cambiar la secuencia de ADN. Estos cambios pueden producir efectos duraderos en la salud y el bienestar del individuo, y pueden transmitirse a generaciones futuras. [34]

#### ***4.4.1 Teorías principales***

Las influencias multinivel y transaccionales en el desarrollo infantil han sido descritas en dos modelos teóricos fundamentales.

#### **Teoría de Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner**

La teoría de sistemas ecológicos de Urie Bronfenbrenner propone que existen múltiples niveles de influencia en el desarrollo infantil, desde las relaciones con los cuidadores hasta sistemas como las escuelas y lugares de trabajo, hasta eventos en la sociedad más amplia. El microsistema describe las relaciones e interacciones directas que tienen los niños, como con cuidadores, hermanos y compañeros. Estas personas influyen directamente en el niño proporcionando oportunidades para jugar y aprender, y brindando apoyo emocional. El microsistema también contiene estructuras con las que el niño interactúa, como la escuela, el vecindario, entornos de cuidado infantil y la familia. Los niños tanto influyen como son influenciados por estas relaciones y estructuras. [33]

El mesosistema describe la interacción entre las estructuras que están en el microsistema (ej. influencias bidireccionales entre vecindarios y escuelas). El exosistema consiste en sistemas sociales más grandes que impactan estructuras en el microsistema (ej. recursos familiares comunitarios u horarios laborales de los padres). Los niños no interactúan directamente con el exosistema, pero experimentan el impacto de los cambios en estos sistemas sociales. El macrosistema es la capa más externa del entorno de un niño y está definido por valores culturales, costumbres y leyes que influyen en el funcionamiento de las capas internas. El cronosistema captura la influencia del tiempo en el desarrollo infantil, reflejando tanto los procesos de desarrollo que tienen lugar a lo largo del tiempo como la influencia cambiante de los eventos (ej. un evento traumático) según su duración y la etapa de desarrollo en la que ocurren. [33]



## **Modelo Transaccional de Sameroff**

El modelo transaccional de Arnold Sameroff se basa en las ideas de Bronfenbrenner sobre la bidireccionalidad de los efectos en el desarrollo infantil. Discute los procesos que tienen lugar entre padres e hijos en las interacciones cotidianas y a lo largo del tiempo. Este modelo surgió de observaciones que mostraban que muchos riesgos, como el nacimiento prematuro o complicaciones durante el parto, estaban asociados con problemas de desarrollo observables solo para algunos niños, con mayor frecuencia aquellos con riesgos sociales adicionales (ej. bajo nivel socioeconómico). En otras palabras, los entornos de los niños moderan el efecto de los riesgos biológicos tempranos en su desarrollo. La naturaleza y la crianza se consideran inherentemente inseparables; los genes se expresan dependiendo del entorno, y los padres responden de manera diferente a los niños según las características biológicas inherentes del niño. [33]

Las características de un niño impactan la crianza, y la crianza impacta el desarrollo infantil; estas cascadas bidireccionales de influencias continúan a lo largo del tiempo durante el desarrollo. Es fundamental entender que los comportamientos de los padres en respuesta a los niños están impulsados por sus interpretaciones y el significado que extraen del comportamiento. Por ejemplo, el manejo ansioso de un padre puede surgir debido a su percepción sobre las complicaciones del nacimiento del niño; un padre puede desvincularse de un niño con un temperamento difícil debido al significado que atribuye al comportamiento inquieto del niño. [35]

## **Modelo de Diátesis-Estrés**

Este modelo sugiere que algunos individuos son más vulnerables a los impactos del estrés que otros. Las diátesis o predisposiciones hereditarias o constitucionales pueden incluir factores biológicos, genéticos, relacionados con el temperamento o cognitivos que predisponen a un niño a ser vulnerable a las influencias del estrés. Los factores estresantes pueden incluir eventos de vida discretos, estrés crónico o una acumulación de estresores diarios más menores. En un entorno favorable para el desarrollo, este modelo sugiere que tanto los individuos resilientes como los vulnerables probablemente se desarrollarán bien. En un entorno desafiante, los individuos resilientes se desarrollarían bien, mientras que los vulnerables no. Aquellos que tienen mayores predisposiciones a la psicopatología pueden verse abrumados por un estrés ambiental pequeño a moderado, mientras que los individuos con predisposiciones más bajas pueden soportar niveles más altos de estrés ambiental sin efectos aparentes en su funcionamiento. [33]

## **Teoría de Susceptibilidad Diferencial**

Esta teoría postula que los individuos varían en su plasticidad, o su nivel de susceptibilidad a las influencias ambientales. [36] La susceptibilidad diferencial puede contribuir a resultados positivos y negativos. Algunos niños, a veces denominados “orquídeas”, son muy sensibles a su entorno. Cuando están en un entorno que apoya ampliamente su desarrollo y bienestar, prosperan; sin embargo, cuando están en un entorno que no apoya su desarrollo, tienen dificultades. Otros niños, a veces denominados “dientes de león”, son menos susceptibles a las influencias ambientales y se desarrollarán más o menos de la misma manera independientemente de cuán favorable sea su entorno y sus relaciones. Los niños pueden ubicarse en cualquier punto del espectro entre estos dos extremos. Este grado de plasticidad se ha vinculado a diferencias en marcadores genéticos, incluidos 5-HTTLPR, DRD4 y BDNF. [36] La susceptibilidad de un niño puede diferir según las influencias ambientales específicas y el resultado específico que se esté considerando. [33]

### ***4.4.2 Relaciones cuidador-niño***

Los cuidadores primarios impactan la biología de un niño a través de sus interacciones con él. Las interacciones que un niño tiene con el cuidador, o respaldadas por él, dejan una marca duradera en el genoma del niño y en la estructura cerebral. A través de la poda neuronal, las conexiones neuronales del niño se refuerzan o se eliminan según sus experiencias. Los efectos epigenéticos, incluidos los relacionados con la experiencia del cuidado temprano, también están activos durante este período de desarrollo. [26]

La influencia del entorno de crianza domina la mayoría de los modelos actuales de desarrollo. Los bebés en hospitales y orfanatos, carentes de oportunidades para el apego, tienen déficits de desarrollo severos. El apego se refiere a una tendencia determinada biológicamente de un niño pequeño a buscar proximidad con sus padres durante momentos de estrés y a la relación que permite a los niños con apego seguro utilizar a sus padres para restablecer una sensación de bienestar después de una experiencia estresante. El apego inseguro puede ser predictivo de problemas de comportamiento y aprendizaje posteriores. [34]

En todas las etapas del desarrollo, los niños progresan de manera óptima cuando tienen cuidadores adultos que prestan atención a sus señales verbales y no verbales y responden en consecuencia. En la primera infancia, esta capacidad de respuesta contingente a signos de

sobreestimulación o baja estimulación ayuda a mantener a los infantes en un estado de alerta tranquila y fomenta la autorregulación autonómica. Las respuestas contingentes consistentes (refuerzo dependiente del comportamiento del otro) a gestos no verbales crean la base para la atención compartida y la reciprocidad que son críticas para el desarrollo posterior del lenguaje y social. [34]

Los cuidadores sirven como guía para el desarrollo cognitivo, social, conductual, emocional y físico de los infantes. Los niños pequeños no son capaces de autorregularse desde el punto de vista del desarrollo, por lo que los cuidadores desempeñan un papel crucial al ayudarlos a lidiar con los afectos negativos, leyendo sus señales, anticipando transiciones, redirigiendo su atención y respondiendo rápidamente a sus necesidades. A medida que los niños adquieren experiencia con sus cuidadores corregulando sus emociones, comienzan a internalizar estas estrategias de regulación y gradualmente desarrollan la capacidad de regularse de forma independiente. La crianza sensible y receptiva promueve resultados positivos en los niños en dominios que incluyen el apego, el desarrollo cognitivo, las habilidades sociales y la regulación emocional. Un cuidador sensible y receptivo está sintonizado con los sentimientos y necesidades del niño, y responde con prontitud con acciones que están en sintonía con los sentimientos y necesidades del niño durante las actividades cotidianas (ej. alimentación, juego, baño, cambio de pañales o ropa). [33]

#### ***4.4.3 Estrés y trauma infantil***

Incluso a edades tempranas, muchos niños están expuestos a niveles de estrés y trauma que pueden impactar su desarrollo. El estrés positivo se considera una parte normal del desarrollo saludable. La frecuencia cardíaca, la presión arterial y las hormonas del estrés aumentan temporalmente. El estrés tolerable implica mayores activaciones de respuesta al estrés, pero las elevaciones de estrés siguen siendo limitadas en el tiempo con recuperación una vez que pasa el factor estresante agudo; eventos como desastres, la muerte de un ser querido o el divorcio podrían ser factores estresantes tolerables. Las relaciones de cuidado son clave para amortiguar el efecto de estos factores estresantes, haciendo que los factores estresantes sean más manejables y que las respuestas biológicas al estrés disminuyan. El estrés tóxico implica elevaciones del sistema de estrés fuertes, frecuentes y prolongadas que pueden causar cambios duraderos en los sistemas neurobiológicos, teniendo un efecto perjudicial en la salud física y mental posterior. [33]

Los niños que han experimentado trauma comúnmente presentan comportamiento agre-

sivo, irritabilidad y retraimiento emocional. Muchos niños volverán a escenificar el trauma que han experimentado o presenciado, ya sea en vivo o a través del juego. A menudo, estos factores estresantes ocurren en el contexto de relaciones de cuidado (ej. abuso o negligencia infantil, enfermedad mental del cuidador o trastorno por uso de sustancias), lo que magnifica la experiencia sentida de estrés y disminuye el potencial de amortiguación del estrés a través de las relaciones. Cuando los factores estresantes son más intensos, prolongados, repetidos y no abordados, es probable que se vuelvan tóxicos. Cuando ocurren en el contexto de relaciones socioemocionales de apoyo, detección temprana e intervención efectiva, es probable que estos factores estresantes sean tolerables. [33]

Los determinantes sociales de la salud son contribuyentes clave a los factores estresantes y traumas que podrían conducir a elevaciones crónicas en los sistemas de respuesta al estrés biológico e impactar el desarrollo de los niños. Las familias que experimentan racismo, discriminación u opresión económica a menudo experimentan elevaciones crónicas en sus sistemas de respuesta al estrés biológico que pueden contribuir a una sensación generalizada de falta de seguridad y protección. Los padres que están experimentando estos factores estresantes comprensiblemente pueden tener menos capacidad psicológica para apoyar a sus hijos, ya que es exponencialmente más difícil ayudar a un niño a sentirse seguro y protegido. [33]

La relación de un niño con un cuidador desempeña un papel particularmente crítico cuando el niño está experimentando estrés. Cuando los niños tienen una relación con un cuidador que es segura, de apoyo y sintonizada, la capacidad del cuidador para corregularlos respalda su capacidad para resistir el estrés. [33]

Para los niños que no tienen una relación de apego seguro, la respuesta biológica al estrés puede ser pronunciada; las hormonas del estrés alcanzan niveles más altos y permanecen elevadas durante un período de tiempo más largo. A corto plazo, la respuesta biológica al estrés es adaptativa, ayudando a los individuos a enfrentar desafíos en el entorno. Sin embargo, la activación persistente del sistema de respuesta al estrés sin una recuperación adecuada está vinculada a cambios neurobiológicos duraderos, como la reducción de la neuroplasticidad y la neurogénesis. Estos cambios neurobiológicos están vinculados a efectos perjudiciales duraderos en la salud mental y física de un individuo. La crianza es el factor ambiental más influyente que da forma a las diferencias individuales en la neurobiología del estrés debido al papel que los padres pueden desempeñar en la correulación de los niños y el estrés que los niños experimentan

cuando las relaciones se interrumpen o son insuficientes para satisfacer las necesidades de los niños. [33]

## **4.5 Hitos del desarrollo infantil**

El desarrollo infantil puede seguirse a través del progreso en dominios específicos como el motor grueso, motor fino, social, emocional, lenguaje y cognición. Dentro de cada categoría existen secuencias de cambios que conducen a logros particulares. Algunos desarrollos, como el motor grueso (desde rodar hasta gatear y caminar independientemente), son claramente visibles, mientras que otros, como el desarrollo de la conciencia, son más sutiles. El concepto de línea de desarrollo implica que el niño atraviesa etapas sucesivas. Varias teorías del desarrollo se basan en etapas como épocas cualitativamente distintas en el desarrollo emocional y cognitivo. En contraste, las teorías conductistas dependen menos del cambio cualitativo y más de la modificación gradual del comportamiento y la acumulación de competencias. [34]

Los procesos del neurodesarrollo críticos para el funcionamiento exitoso del niño pueden entenderse mejor como dominios altamente integrados. Aunque el neurodesarrollo sigue un curso predecible, es importante comprender que factores intrínsecos y extrínsecos producen variaciones individuales, haciendo único el camino de desarrollo de cada niño. Las influencias intrínsecas incluyen atributos genéticos (características físicas, temperamento) y el estado general de bienestar del niño. Las influencias extrínsecas durante la infancia y niñez provienen principalmente de la familia: personalidades de padres y hermanos, métodos de crianza, entorno cultural y nivel socioeconómico familiar con su efecto sobre los recursos de tiempo y dinero. [37]

### ***4.5.1 Desarrollo motor grueso***

Las habilidades motoras gruesas son movimientos generales amplios que requieren el desarrollo del tono muscular e involucran actividades de grandes músculos. Por ejemplo, controlar la postura —la capacidad de sentarse erguido o mantenerse de pie— es una habilidad motora gruesa fundamental para el desarrollo de otras habilidades como gatear y caminar. [38]

El objetivo final del desarrollo motor grueso es lograr movimientos independientes y voluntarios. Durante la gestación, los reflejos primitivos se desarrollan y persisten varios meses después del nacimiento para preparar al infante para la adquisición de habilidades específicas. Estos reflejos del tronco cerebral y la médula espinal son movimientos estereotipados generados en respuesta a estímulos sensoriales específicos. A medida que el sistema nervioso central madura, los reflejos se inhiben para permitir que el infante realice movimientos intencionales. [37]

Además de los reflejos primitivos, las reacciones posturales, como las respuestas de enderezamiento y protección, también comienzan a desarrollarse después del nacimiento. Estas reacciones, mediadas a nivel del mesencéfalo, interactúan entre sí y trabajan hacia el establecimiento de una relación normal entre la cabeza y el cuerpo en el espacio. Por ejemplo, la extensión protectora permite al infante sostenerse cuando cae hacia adelante, hacia los lados o hacia atrás. Estas reacciones se desarrollan entre los 6 y 9 meses, el mismo período en que un infante aprende a moverse a una posición sentada. Poco después, los centros corticales superiores median el desarrollo de respuestas de equilibrio y permiten que el infante se pare a los 9 meses y comience a caminar a los 12 meses. [37]

Durante el primer año postnatal, un infante pasa de estar en posición prona, a girar, gatear, y finalmente llegar a una posición sentada o pararse con apoyo. Es importante señalar que gatear no es un requisito previo para caminar; el pararse con apoyo es la habilidad que los bebés deben desarrollar antes de dar sus primeros pasos. El objetivo principal de este período es desarrollar habilidades que permitan el movimiento independiente y la libertad de usar las manos para explorar, manipular y aprender del entorno. El desarrollo motor grueso en los años siguientes consiste en refinamientos del equilibrio, coordinación, velocidad y fuerza. [37]

El uso simultáneo de ambos brazos o piernas ocurre después del uso exitoso de cada extremidad independientemente. A los 2 años, un niño puede patear una pelota, saltar con ambos pies del suelo y lanzar una pelota grande por encima de la cabeza. Los hitos para las edades siguientes reflejan el progreso en el tiempo, número de repeticiones o la distancia que cada tarea puede realizarse con éxito. Para cuando un niño comienza la escuela, es capaz de realizar simultáneamente múltiples tareas motoras gruesas complejas (como pedalear, mantener el equilibrio y dirigir mientras está en una bicicleta). [37]

#### **4.5.2 Desarrollo motor fino**

Las habilidades motoras finas se refieren a los pequeños movimientos de dedos, pies y muñecas para realizar tareas como recoger un objeto pequeño con la mano, sostener un sonajero o levantar una cuchara del suelo. [39]

Las habilidades motoras finas se relacionan con el uso de las extremidades superiores para interactuar y manipular el entorno. Son necesarias para que una persona realice tareas de autocuidado, juegue y logre trabajar. Al igual que todas las corrientes del desarrollo, los hitos motores finos no avanzan aisladamente, sino que dependen de otras áreas como las habilidades

motoras gruesas, cognitivas y perceptuales visuales. Al principio, las extremidades superiores desempeñan un papel importante en el equilibrio y la movilidad. Las manos se utilizan como soporte, primero en posición prona y luego al sentarse. Los brazos ayudan a rodar, gatear y luego a pararse. Cuando las habilidades motoras gruesas se han desarrollado y el infante es más estable en posiciones erguidas, las manos quedan libres para una exploración del mundo de manera más intencional. [37]

Al nacer, los infantes no tienen un uso voluntario aparente de sus manos. Las abren y cierran en respuesta al tacto y otros estímulos, pero el movimiento está dominado por un reflejo de prensión primitivo. Por esta razón, los infantes pasan los primeros 3 meses “contactando” objetos con sus ojos en lugar de sus manos, fijando la mirada en rostros y objetos y luego siguiéndolos visualmente. Gradualmente, comienzan a alcanzar torpemente y juntar sus manos. A medida que los reflejos primitivos disminuyen, los infantes comienzan a sujetar objetos voluntariamente, primero usando toda la palma hacia el lado cubital (5 meses) y luego predominantemente usando el aspecto radial de la palma (7 meses). Simultáneamente, aprenden a soltar objetos voluntariamente. [37]

Entre los 6 y 12 meses de edad, la prensión evoluciona para permitir sujetar objetos de diferentes formas y tamaños. El pulgar se involucra más para agarrar objetos, usando los cuatro dedos contra el pulgar (agarre de “tijera”) a los 8 meses, y eventualmente solo dos dedos y el pulgar (agarre digital radial) a los 9 meses. Surge un agarre de pinza mientras los dedos cubitales se inhiben. La liberación voluntaria es torpe al principio, con todos los dedos extendidos. A los 10 meses, los bebés pueden soltar un cubo en un recipiente o dejar caer cosas al suelo. La permanencia del objeto refuerza el deseo de practicar esta habilidad repetidamente. [37]

A medida que los infantes cumplen su segundo año de vida, su dominio del alcance, agarre y liberación les permite comenzar a usar objetos como herramientas. El desarrollo motor fino se asocia más estrechamente con el desarrollo cognitivo y adaptativo, con el bebé sabiendo qué quiere hacer y cómo lograrlo. El refinamiento muscular intrínseco permite sostener objetos planos, como galletas o bizcochos. A los 15 meses, la liberación voluntaria se ha desarrollado para permitir apilar tres o cuatro bloques y soltar objetos pequeños en contenedores. El niño comienza a ajustar objetos después de agarrarlos para usarlos correctamente. [37]

En los años siguientes, las habilidades motoras finas se refinan aún más para dibujar, explorar, resolver problemas, crear y realizar tareas de autocuidado. A los 2 años, los niños pueden crear una torre de seis bloques, alimentarse con cuchara y tenedor, quitarse la ropa y agarrar y

girar el pomo de una puerta. Tienen suficiente control de un crayón para imitar líneas verticales y horizontales. Las habilidades de manipulación en la mano les permiten rotar objetos, como desenroscar una tapa de botella pequeña o reorientar una pieza de rompecabezas antes de colocarla. A los 36 meses, pueden dibujar un círculo, ponerse zapatos y apilar 10 bloques. Hacen cortes con tijeras alternando entre extensión y flexión completa de los dedos. [37]

A los 4 años, un agarre de trípode palmar permite un control más fino de los movimientos del lápiz, y el niño puede copiar una cruz, un cuadrado y algunas letras y números, y puede dibujar una figura de una persona (la cabeza y algunas otras partes del cuerpo). Las habilidades con tijeras han progresado para permitir cortar un círculo. Cuando un niño alcanza los 5 años, puede vestirse y desvestirse independientemente, y cepillarse bien los dientes. Habilidades más precisas de control en la mano le permiten cortar un cuadrado con movimientos maduros de tijera y escribir su nombre y copiar un triángulo usando un agarre maduro de trípode para el lápiz. [37]

#### ***4.5.3 Desarrollo social***

La mayoría de los niños nacen con un impulso inherente para conectarse con otros y compartir sentimientos, pensamientos y acciones. El primer hito social es el vínculo entre un cuidador y el infante, caracterizado por los sentimientos del cuidador hacia el niño. El infante aprende a discriminar la voz de su madre durante el primer mes después del nacimiento. Llorar para expresar malestar por hambre, fatiga o un pañal húmedo. La teoría del apego sugiere que cuando el cuidador responde a estos llantos y otros comportamientos, el bebé gana confianza en la accesibilidad y capacidad de respuesta del cuidador. Este sistema de comportamiento promueve la relación padre-hijo que algunos investigadores creen que facilita la protección parental y, por lo tanto, la supervivencia infantil. De esta relación surge el primer hito social medible: la sonrisa. [40]

Los niños desarrollan su sociabilidad según sus propensiones a la cooperación y de sus experiencias familiares y comunitarias. En sociedades precivilizadas, el desarrollo social ocurre naturalmente cuando los niños aprenden las costumbres de la comunidad a través del aprendizaje informal. En sociedades civilizadas, el desarrollo social a menudo implica “socialización”, cuando los adultos enseñan a los niños cómo comportarse. [41]

El infante sonríe primero en respuesta a vocalizaciones agudas y una sonrisa de su cuidador; pero con el tiempo, se requiere cada vez menos estimulación. Finalmente, solo ver al cuidador provoca una sonrisa. El bebé aprende que puede manipular el entorno para satisfacer necesidades personales mostrando una sonrisa o, alternativamente, llorando. Sus interacciones



luego comienzan a involucrar vocalizaciones de ida y vuelta a los 4 meses. Las habilidades visuales también se desarrollan, y puede reconocer a sus cuidadores visualmente a los 5 meses. La ansiedad ante extraños, o la capacidad de distinguir entre personas familiares y desconocidas, emerge a los 6 meses. Mientras que el infante de 4 meses sonríe a cualquier adulto, el bebé un poco mayor llora y mira nerviosamente entre su cuidador y otros adultos. [40]

La atención conjunta es el hito social por excelencia que se desarrolla hacia el final del primer año. Es el proceso mediante el cual un bebé y un cuidador comparten una experiencia y reconocen que la experiencia se está compartiendo. La primera demostración de atención conjunta ocurre alrededor de los 8 meses, cuando un bebé sigue la mirada de un cuidador y mira en la misma dirección. En unos meses, el bebé mira de nuevo al cuidador como indicación de una interacción compartida. El bebé gira constantemente la cabeza hacia el hablante cuando se le llama por su nombre a los 10 meses, demostrando aún más una conexión con su entorno. [40]

Entre los 12 y 14 meses, los niños comienzan a señalar para solicitar algo (señalamiento proto-imperativo), y generalmente integran este señalamiento con contacto visual dirigido entre el objeto de interés y el cuidador, a veces acompañado de una expresión verbal. El señalamiento proto-imperativo luego procede al señalamiento proto-declarativo a los 16 meses, caracterizado por el niño señalando algo simplemente para indicar interés. Nuevamente, el señalamiento va acompañado de contacto visual dirigido entre el objeto y el cuidador. A los 18 meses, trae objetos o juguetes a sus cuidadores para mostrarlos o compartir la experiencia. [40]

Las habilidades de juego también siguen un curso de desarrollo específico. Inicialmente, un infante sostiene bloques y los golpea entre sí o sobre la mesa, los deja caer y finalmente los arroja. La permanencia del objeto le permite darse cuenta de que los bloques todavía están presentes, incluso si no puede verlos. Aprende que dejar caer los bloques desde su silla alta hará que su cuidador los recoja y se los devuelva; así que repite este “juego” una y otra vez. A medida que se desarrollan las habilidades motoras finas y cognitivas, comienza a usar objetos para propósitos más específicos, como usar esos bloques para construir una torre. A los 18 meses, participa en juegos de simulación simples, como usar elementos representativos en miniatura de manera correcta (por ejemplo, pretende hablar por un teléfono de juguete o “alimenta” a una muñeca con una cuchara o biberón de juguete). [40]

Después de su segundo cumpleaños, el niño comienza a jugar con otros de su misma edad. Una regla general es que un niño puede jugar efectivamente solo en grupos de niños en el mismo número que su edad en años. Por lo tanto, un niño de 2 años solo puede jugar bien

con otro niño. El juego de los niños de 2 años a menudo se describe como “paralelo” porque un niño de esta edad a menudo juega junto a otro niño pero no con él. Sin embargo, el niño de 2 años mira frecuentemente a su compañero de juego e imita sus acciones. Aún no ha dominado la habilidad de cooperación; así que la agresión a menudo es la herramienta elegida para obtener un objeto deseado. [40]

A los 30 meses, el niño utiliza juegos de simulación complejos, como usar objetos genéricos para representar otros objetos (un bloque puede usarse como teléfono en un escenario o como biberón para alimentar a una muñeca en otro). Los escenarios mismos también aumentan en complejidad, desde simplemente alimentar a la muñeca hasta vestirla y ponerla a “dormir”. [40]

A los 3 años, un niño ha dominado su agresión hasta cierto punto, y puede iniciar una experiencia de juego cooperativo con uno o dos compañeros. La mayoría de las veces, pueden tener objetivos conjuntos y turnarse. También pasan al juego de fantasía o imaginativo simple, pretendiendo ser un perro o un avión. Sin embargo, aún no pueden distinguir entre lo que es real y lo que es fantasía; así que el miedo a cosas imaginarias es común en este momento. [40]

Los niños de 4 años generalmente han dominado la diferencia entre lo real y lo imaginario. Se interesan en engañar a otros y se preocupan por ser engañados. Pueden jugar efectivamente con hasta tres niños más, aunque algunos pueden tener un amigo preferido. Los escenarios imaginarios aumentan en complejidad: una caja de cartón puede convertirse en un velero, y los rollos de papel higiénico pueden convertirse en binoculares. [40]

A los 5 años, los niños han aprendido muchas habilidades sociales adultas, como dar un comentario positivo en respuesta a la buena fortuna de otro, disculparse por errores no intencionales y relacionarse con un grupo de amigos. Su juego imaginativo es cada vez más complejo, y les encanta disfrazarse y representar sus fantasías. Las aulas de educación preescolar generalmente están bien equipadas con juguetes que promueven este juego imaginativo. [40]

#### ***4.5.4 Desarrollo emocional***

Coincidiendo con el desarrollo de las habilidades sociales está el desarrollo emocional del niño. Desde el nacimiento, todos los niños muestran características y patrones de comportamiento individuales que constituyen el temperamento de ese niño. El temperamento influye en cómo un bebé responde a actividades rutinarias como alimentarse, vestirse, jugar e ir a dormir. Parece haber una base biológica para estas características, aunque cómo un niño aprende a regular su estado emocional también depende de las interacciones entre el niño y el cuidador. [40]

El desarrollo emocional involucra tres elementos específicos: procesos neurales para transmitir información sobre el entorno al cerebro, procesos mentales que generan sentimientos y acciones motoras que incluyen expresiones faciales, habla y movimientos intencionales. El sistema límbico es responsable principalmente de recibir, procesar e interpretar estímulos ambientales que producen respuestas emocionales. Durante el desarrollo, el repertorio de emociones específicas permanece constante, pero los estímulos que las producen se vuelven más abstractos. [40]

Los estudios han demostrado que tres emociones distintas están presentes desde el nacimiento: ira, alegría y miedo. Todos los infantes muestran expresiones faciales universales que revelan estas emociones, aunque no usan estas expresiones de manera discriminada antes de los 3 meses. No se requiere aportación cognitiva; los infantes anencefálicos pueden mostrar disgusto con sabores ácidos y placer con sabores dulces, al igual que los bebés normocefálicos. [40]

Eventualmente, las habilidades cognitivas juegan un papel a medida que las expresiones emocionales se conectan con ocurrencias específicas. Por ejemplo, un infante de 8 meses puede hacer saber a sus padres que está molesto por quedarse solo en su cuna o feliz por jugar con un juguete. Como ahora tiene permanencia del objeto, demuestra miedo en situaciones nuevas debido a la capacidad de cambiar la atención y reconocer lo “familiar” de lo “desconocido”. [40]

El desarrollo emocional continúa a medida que el niño pequeño aprende a identificar diferentes emociones en otras personas. A los 15 meses, un niño demuestra empatía al verse triste cuando ve llorar a alguien más. También desarrolla emociones autoconscientes (vergüenza, culpa, orgullo) al evaluar su propio comportamiento en el contexto del entorno social. Habiendo realizado una gracia o truco que es gracioso para sus cuidadores, de repente parece avergonzado y se niega a actuar cuando se da cuenta de que otros están mirando. Puede esconderse detrás de una silla para defecar y molestarse si alguien lo sorprende en el acto. [40]

A medida que se desarrollan las habilidades lingüísticas, el niño puede etiquetar diferentes estados emocionales en otros e incluso asociar el lenguaje con emociones y memoria. Por ejemplo, si tuvo una rabieta cuando no consiguió un juguete de la tienda, puede tener un arrebato emocional idéntico cuando escucha un recordatorio verbal de la situación. A los 2 años, comienza a enmascarar emociones por etiqueta social. [40]

Durante los años preescolares, los niños aprenden cada vez más estrategias de comportamiento para manejar sus emociones, dependiendo de una situación dada. Comienzan a

entender que su emoción expresada —ya sea una expresión facial, vocal o conductual— no necesariamente tiene que coincidir con su experiencia emocional subjetiva. Demuestran una mayor comprensión y uso de “reglas de visualización”, que son “reglas culturalmente definidas que guían la decisión de una persona de alterar el comportamiento emocional de acuerdo con las demandas del contexto social”. [42]

Los niños aprenden a sustituir sus expresiones (sonreír y decir “gracias” aunque estén decepcionados con el regalo de cumpleaños), amplificar expresiones (exagerar una respuesta dolorosa para obtener simpatía), neutralizar expresiones (poner una “cara seria” para ocultar sus verdaderos sentimientos), o minimizar emociones (verse ligeramente molesto cuando se siente extremadamente enojado). Para cuando ingresan a educación preescolar, los niños han comenzado a dominar muchos de los matices emocionales de las interacciones sociales. [40]

#### ***4.5.5 Desarrollo cognitivo***

El desarrollo cognitivo constituye la base de la inteligencia. La inteligencia se define como la capacidad de aprender, comprender o enfrentarse a nuevas situaciones. En realidad, es un concepto amplio que involucra múltiples factores y que todavía se comprende de manera incompleta. Los mejores esfuerzos para cuantificar este concepto se realizan mediante pruebas estandarizadas que intentan medir diversas áreas como la resolución de problemas, el lenguaje, la atención, la memoria y el procesamiento de información. [43]

El desarrollo cognitivo ocurre paralelamente al crecimiento y maduración del cerebro infantil, mientras el niño aprende a explorar, razonar, resolver problemas y pensar. Este desarrollo se produce a lo largo de toda la vida, a medida que las neuronas se desarrollan y las conexiones neuronales se forman y se eliminan a través de las experiencias. La investigación científica continúa demostrando que las relaciones tempranas receptivas y los entornos seguros y nutritivos protegen el desarrollo cerebral y permiten un crecimiento saludable en los niños. [44]

En el útero, el cerebro se desarrolla rápidamente, con factores tanto genéticos como ambientales que contribuyen al crecimiento neurológico. Después del nacimiento, el desarrollo cognitivo comienza a través de estímulos sensoriales y motores, así como de las interacciones entre el cuidador y el lactante. Aproximadamente a los 1-2 meses de edad, los infantes siguen el rostro del cuidador. A los 3 meses, pueden seguir un objeto en círculo, contemplar juguetes y alcanzar rostros. A los seis meses, los bebés pueden girar la cabeza para buscar un objeto caído e interactuar con juguetes. A los nueve meses, buscarán objetos bajo un paño o jugarán al escondite,

demostrando comprensión de la permanencia de los objetos. A los doce meses, los niños entran en un nuevo mundo de exploración con sus primeras palabras, señalando para hacer peticiones y encontrando juguetes en contenedores. El primer año de desarrollo cognitivo es extraordinario, ya que los infantes aprenden continuamente nuevas habilidades de comunicación, resolución de problemas y adaptación. [44]

Durante la etapa de la infancia, continúa la explosión de habilidades cognitivas y aprendizaje. A medida que los infantes y niños pequeños adquieren mayor movilidad y curiosidad, pueden explorar e interactuar mejor con su entorno, lo que favorece el desarrollo de habilidades para resolver problemas. Los niños de dos años pueden aprender a abrir puertas, quitarse la ropa y hacer peticiones. Los niños pequeños están constantemente ocupados, aprendiendo de interacciones y experiencias. La interacción con la naturaleza, juguetes, libros y compañeros es óptima para la formación y poda de conexiones neuronales; el tiempo frente a pantallas a esta edad, que limita la exploración física del entorno y las interacciones con otros, puede obstaculizar el desarrollo cognitivo. Además, tanto el tiempo de pantalla del niño como la exposición a la televisión de fondo parecen tener efectos negativos sobre el comportamiento en niños pequeños. Los niños de tres años pueden querer ayudar con tareas domésticas, comenzar a completar rompecabezas y jugar cada vez más interactivamente con otros niños. [44]

Los años preescolares son fundamentales para establecer las bases de una vida de aprendizaje y exploración. Los niños que llegan a la escuela saludables, con visitas regulares de supervisión pediátrica, buenos hábitos de sueño, exposición limitada a pantallas y exposición temprana al lenguaje, canciones, juegos, colores y formas, están mejor preparados para el aprendizaje. La preparación escolar tiene componentes tanto preacadémicos como socioemocionales y puede tener efectos a largo plazo en el éxito escolar, la salud y la calidad de vida del niño. Esta preparación depende tanto del niño como del cuidador, considerando la salud física y mental de ambos, así como el desarrollo cognitivo del niño. Un entorno seguro y nutritivo puede apoyar el desarrollo de las habilidades necesarias para participar en la escuela. La edad preescolar es la etapa de aprendizaje de la independencia, incluyendo vestirse, el control de esfínteres, contar historias, interactuar con el arte y la música y jugar con amigos. Cuando los niños están expuestos a cantar, historias, rimas, contar, arte y juego al aire libre en los años preescolares, llegarán a la escuela más preparados para el aprendizaje. Las habilidades tempranas son fundamentales para el éxito en los primeros años escolares. [44]

## 4.6 Teorías del desarrollo y la cognición

### 4.6.1 Teorías psicoanalíticas

#### Sigmund Freud: Desarrollo psicosexual

Sigmund Freud (1856-1939) postuló que el comportamiento estaba motivado por una fuerza vital —la libido— que en diferentes etapas del desarrollo se expresaba principalmente en diferentes partes del cuerpo. En el primer año de vida, el niño se centra en las sensaciones orales como succionar, enfocándose principalmente en las relaciones con la madre. Freud llamó “ello” a la búsqueda desenfrenada de satisfacción de necesidades que comienza al nacer y continúa a lo largo de la vida. [33]

La energía del libido luego se desplaza a las necesidades anales (aproximadamente entre 1-3 años). Estas sensaciones se relacionan metafóricamente con cuestiones de control: retener y resistirse a soltar. El entrenamiento para ir al baño ocurre durante este período. Para hacer frente a las presiones para regular estas necesidades, el niño desarrolla el “yo”. El yo proporciona los medios de autocontrol para mediar entre el ello del niño y las demandas de la realidad externa. Cuando el conflicto entre el ello y el yo no puede resolverse, el yo recurre a soluciones aceptables para el ello, denominadas “mecanismos de defensa”. [33]

Los niños luego pasan a la etapa fálica (3-5 años). El niño es impulsado por la atracción sexual hacia el padre del sexo opuesto y desea dañar al padre del mismo sexo. Existen fuertes restricciones contra la satisfacción de estos deseos. Esta tensión se resuelve identificándose con el padre del mismo sexo. Esta resolución se logra desarrollando el “superyó”, que sirve tanto como conciencia y como código de comportamiento socialmente aceptable. Se cree que las dificultades en la etapa fálica influyen en la expresión de la sexualidad a lo largo de la vida y en los estándares morales del individuo. [33]

Luego, el niño entra en el período de latencia, en el que Freud conceptualizó una tensión mínima. Esa etapa termina cuando los cambios hormonales de la pubertad se manifiestan y comienza la etapa genital (adolescencia). Muchas de las batallas de la infancia surgen nuevamente y necesitan ser combatidas de nuevo. Los resultados dan forma al patrón de desarrollo posterior y a la fuerza del yo y del superyó. [33]

La teoría de Freud se basó en entrevistas con sus pacientes adultos sobre sus sueños y recuerdos de infancia, no en observaciones de niños. Su énfasis estaba en el desarrollo de los

niños varones y en la identidad y relaciones heterosexuales. La descripción de Freud, particularmente de la etapa fálica, ha sido muy controvertida a medida que la sociedad ha cambiado sus normas para el rol sexual y la sexualidad. [33] Aunque las ideas freudianas han sido cuestionadas, abrieron la puerta a teorías subsecuentes del desarrollo. [34]

### **Erik Erikson: Desarrollo psicosocial**

Erikson reformuló las etapas de Freud en términos de la personalidad emergente. El sentido de confianza básica del niño se desarrolla a través de la negociación exitosa de las necesidades infantiles. A medida que los niños avanzan a través de estas etapas psicosociales, diferentes cuestiones se vuelven relevantes. Es predecible que un niño pequeño esté preocupado por establecer un sentido de autonomía, mientras que un adolescente tardío puede estar más enfocado en establecer relaciones significativas y una identidad ocupacional. Erikson reconoció que estas etapas surgen en el contexto de las expectativas de la sociedad occidental europea; en otras culturas, los problemas relevantes pueden ser muy diferentes. [34]. Erikson describió el ciclo de vida con ocho etapas específicas, cada una representando una tensión dinámica entre dos fuerzas opuestas:

La primera etapa (infancia) representa la tensión entre la confianza básica y la desconfianza. Incorpora los análisis freudianos de la etapa oral en una interacción más amplia entre padres e hijos. La crianza confiable y sensible construye el sentido de confianza del niño en los padres, mientras que el cuidado negligente construye un sentido de desconfianza. Estas interacciones conducen a la propensión del individuo a dar o no dar a los demás. Además, el niño debe encontrar un equilibrio entre seguridad y peligro. El resultado de juzgar situaciones como seguras en lugar de peligrosas produce un sentido de esperanza, que es omnipresente a lo largo de la vida. [33]

La segunda etapa (2-3 años) representa la tensión entre autonomía y vergüenza y duda. El creciente control del lenguaje y muscular de los niños proporciona oportunidades tanto para la independencia como para ir más allá de los límites permitidos. Los padres establecen límites a sus hijos, y los niños deben aprender a inhibir impulsos y practicar el autocontrol sin sentir vergüenza o perder autoestima cuando fracasan. Llegar al delicado equilibrio entre el control de uno mismo y el control por parte de otros se generaliza a las actitudes del niño hacia la ley y el orden. [33]

La tercera etapa (4-5 años) representa la tensión entre iniciativa y culpa. Al igual que Freud, Erikson caracteriza la tercera etapa en términos de la adquisición del rol sexual y un superyó funcional; sin embargo, Erikson señala que las preocupaciones fálicas emergentes crean en los niños la modalidad masculina de intrusión y en las niñas la modalidad femenina de receptividad. Estas tendencias impulsan al niño a buscar los modelos apropiados para su género e identificarse con ellos. Los varones se adentran en las interacciones sociales, mientras que las mujeres son receptivas a los deseos de los demás. La analogía fálica de intrusión se extiende a las habilidades del yo que permiten a los niños crear sus propios proyectos y propósitos. Estos son fomentados por la capacidad para el juego imaginativo. Pero las actividades imaginativas y los planes de los niños pueden llevar a territorio prohibido. Los niños deben aprender a discernir por sí mismos, no solo por directivas de los padres, cuándo han cruzado la línea hacia pensamientos, sentimientos y acciones inaceptables. Esta tensión es el origen del superyó y la culpa. Los intentos de encontrar el equilibrio apropiado de iniciativas personales con restricciones morales dan forma al sentido de propósito del niño. [33]

Erikson fue pionero en describir el desarrollo a lo largo de toda la vida. Para Erikson, el adulto sano y maduro era productivo en el trabajo y estaba en una relación mutuamente satisfactoria. Las últimas etapas del desarrollo fueron pasos hacia el logro de estos puntos finales. [33]

#### ***4.6.2 Teorías cognitivas***

El desarrollo cognitivo se comprende mejor a través del trabajo de Piaget. Un principio central del trabajo de Piaget es que la cognición cambia en calidad, no solo en cantidad. Piaget describió cómo los niños construyen activamente conocimiento por sí mismos a través de los procesos vinculados de asimilación (incorporar nuevas experiencias según esquemas existentes) y acomodación (crear nuevos patrones de comprensión para adaptarse a nueva información). De esta manera, los niños están continuamente reorganizando activamente los procesos cognitivos. [34]

#### **Jean Piaget: Desarrollo cognitivo**

Jean Piaget (1896-1980) centró su teoría del desarrollo en cómo el niño desarrolla un marco lógico y científico para comprender el mundo físico. Postuló que la comprensión de los niños pasa por una serie de cambios cualitativos o etapas vinculadas a la edad. Cada etapa es



un filtro que selecciona y organiza lo que el niño percibe y entiende. Cada etapa es un marco que proporciona los componentes básicos para la siguiente, por lo que hay un orden definido en el que surge la comprensión. El desarrollo ocurre cuando los niños descubren una discrepancia entre su comprensión actual de la realidad (asimilación) y las características del mundo que no encajan con esa comprensión (acomodación). [33]

Piaget propuso la teoría más conocida del desarrollo cognitivo. En esta teoría, el desarrollo cognitivo se despliega en cuatro etapas desde la infancia hasta la adolescencia. Cada etapa es cualitativamente distinta, y el tipo de pensamiento que el niño utiliza en una etapa es consistente en todas las áreas del funcionamiento mental. Las etapas se construyen una sobre otra, y el cambio de una etapa a otra representa formas de pensar cada vez más adaptativas. Piaget veía el desarrollo cognitivo como una propiedad inherente a la biología humana, y por lo tanto consideraba las etapas universales. La suya es una visión constructivista en la que el conocimiento se desarrolla a través de las actividades de los niños y sus esfuerzos por dar sentido a sus experiencias. Debido a que el momento de la experiencia puede variar entre los niños, Piaget asignó edades aproximadas para las etapas. [45]

Piaget describió dos procesos que regulan el desarrollo cognitivo: organización y adaptación. La organización se refiere a la estructura secuencial del desarrollo mental desde un sistema simple a uno más complejo. La adaptación pertenece a cómo el conocimiento en desarrollo coincide con el entorno, e incluye dos funciones complementarias. En la asimilación, se añade nueva información al conocimiento existente, y en la acomodación, se modifica el conocimiento existente para incluir nueva información. El propósito de la adaptación es mejorar la alineación entre el pensamiento del individuo y el entorno, lo que Piaget llamó equilibración. [45]

Con el desarrollo, el pensamiento de los niños cambia desde un enfoque en experiencias sensoriales y motoras inmediatas y formas simples de entender e interactuar con el mundo hacia formas más complejas y abstractas de pensar. Las cuatro etapas se centran principalmente en el razonamiento lógico; son el período sensoriomotor (0-2 años de edad), preoperacional (2-6 años de edad), operaciones concretas (6-11 años de edad) y operaciones formales (más de 11 años de edad), estas etapas se resumen en el cuadro 4.2. [45]

**Etapas sensoriomotora** Durante la etapa sensoriomotora, que se desarrolla durante los primeros 24 meses de vida, el cuerpo del niño es la fuente de experiencias. El niño nace con un

Cuadro 4.2: Características de las etapas principales en la teoría de Piaget

Etapa y rango de edad aproximado	Características principales
Sensoriomotor: nacimiento a 2 años	La inteligencia está limitada a las propias acciones del infante sobre el entorno. La cognición progresa desde el ejercicio de reflejos (por ejemplo, succión, orientación visual) hasta el inicio del funcionamiento simbólico.
Preoperacional: 2 a 7 años	La inteligencia es simbólica, expresada a través del lenguaje, imágenes, y otros modos, permitiendo a los niños representar mentalmente y comparar objetos fuera de la percepción inmediata. El pensamiento es intuitivo en lugar de lógico y es egocéntrico, en el sentido de que los niños tienen dificultad para adoptar la perspectiva de otro.
Operaciones concretas: 7 a 11 años	La inteligencia es simbólica y lógica, el pensamiento es menos egocéntrico. El pensamiento de los niños está limitado a fenómenos concretos y sus propias experiencias pasadas; es decir, el pensamiento no es abstracto.
Operaciones formales: 11 a 16 años	Los niños son capaces de formular y probar hipótesis; la posibilidad domina la realidad. Los niños son capaces de reflexionar sobre sus propios procesos de pensamiento y, generalmente, pueden pensar de manera abstracta.

Modificado de: Bjorklund [46]

conjunto de actividades motoras rígidas (reflejos), como succionar o agarrar. Inicialmente, los actos reflexivos se realizan por separado y se dirigen hacia objetos específicos. Gradualmente, el niño comienza a adaptar estos reflejos a diferentes objetos, como succionar de manera diferente un pezón que los propios dedos. Más tarde, el bebé combina estos reflejos, como al agarrar el objeto que está succionando. Esta experimentación conduce a una mejor comprensión de los objetos externos a los que el niño está tratando de adaptarse. La capacidad de usar más de una acción simultáneamente permite al niño construir secuencias que facilitan la creación de comportamiento secuencial dirigido a metas. En el segundo año de vida, estos reflejos se internalizan. La capacidad del niño para representar conduce al aprendizaje del lenguaje, ya que el lenguaje es representacional. Las primeras palabras, sin embargo, pueden ser idiosincrásicas. El pensamiento representacional permite además al niño pequeño inferir que los objetos que desaparecen de la vista y están fuera del alcance de la acción, sin embargo, existen. Al final del período sensoriomotor, el niño es capaz de conceptualizar un mundo que existe independientemente de las acciones propias sobre él (permanencia del objeto), y en consecuencia, el niño puede jugar al escondite. El pensamiento representacional también permite al niño observar a alguien realizar un comportamiento novedoso y luego llevar a cabo el mismo comportamiento más tarde (imitación diferida). [33]

**Etapla preoperacional** Al final del período sensoriomotor, los niños pequeños son capaces de mantener en mente objetos y eventos que no pueden ver, pero esas primeras habilidades representacionales son limitadas y continúan desarrollándose durante el período preoperacional, que dura hasta los 6 o 7 años de edad. Durante este período, el niño comienza lentamente a usar palabras que tienen un significado convencional compartido para todos los usuarios del lenguaje. El habla privada, basada en palabras que recuerdan al niño objetos, es desplazada por palabras arbitrarias como “perro”. Pero el niño lucha por entender que diferentes personas que observan el mismo objeto desde diferentes perspectivas obtienen diferente información. Los niños preoperacionales piensan que su propio punto de vista es compartido universalmente. También tienden a centrar su atención en un aspecto destacado de un objeto o evento e ignorar aspectos menos destacados. Cuando se vierte leche de una taza ancha a un vaso alto y delgado, el niño no reconoce que aunque el nivel de la leche ha cambiado, la cantidad de leche no ha cambiado, sino que simplemente se ha redistribuido. El niño se centra en los estados inicial y final, no en la transformación. Del mismo modo, el niño preoperacional juzga el valor moral de un acto (si es bueno o malo) por la cantidad de daño, no por las intenciones del perpetrador. [33]

**Etapla de operaciones concretas** Las operaciones concretas, que surgen entre los 7 y 11 años de edad, permiten superar el egocentrismo y los fracasos de conservación mediante la construcción de marcos lógicos o conjuntos de reglas que pueden coordinarse entre sí. Este tipo de comprensión es fomentado por la educación formal. El niño entiende que el líquido vertido de un recipiente a otro puede ser vertido de vuelta a su estado original exacto; es decir, el cambio en el nivel del líquido es reversible. Las relaciones reversibles subyacen a la aritmética (ej. suma y resta) y la categorización (inclusión y subdivisión de clases) y pueden utilizarse para calcular cambios en la perspectiva. El despliegue de estas relaciones o pensamiento operacional permite al niño desarrollar una comprensión más precisa del espacio, el tiempo y la moralidad. Por ejemplo, el niño ahora hace evaluaciones morales examinando las intenciones del actor. [33]

**Etapla de operaciones formales** Las operaciones se elevan a un nivel más alto, más abstracto e integrado durante la etapa final del desarrollo cognitivo, que comienza a los 11 o 12 años de edad. El niño en la etapa de operaciones concretas aborda los problemas mediante la inducción, haciendo generalizaciones basadas en algunas instancias encontradas. Sin embargo, el adolescente en la etapa operacional formal puede hacer hipótesis basadas en posibilidades imaginadas

y puede probar su validez actual y futura (deducción) utilizando lógica proposicional. [33]

### **Lawrence Kohlberg: Desarrollo moral**

La teoría del razonamiento moral de Lawrence Kohlberg (1927-1987) es una de las aplicaciones más conocidas de la teoría de Piaget. Kohlberg afirmó que había una secuencia invariante y unidireccional de etapas del desarrollo moral que reflejaban cambios en cómo el individuo conceptualiza el mundo. [33]

Kohlberg desarrolló una teoría del desarrollo moral en seis etapas, desde la primera infancia hasta la edad adulta. El sentido más temprano de lo correcto e incorrecto de los preescolares es egocéntrico, motivado por controles aplicados externamente. En etapas posteriores, los niños perciben igualdad, justicia y reciprocidad en su comprensión de las interacciones interpersonales a través de la toma de perspectiva. La mayoría de los jóvenes alcanzarán la etapa 4, moralidad convencional, a mediados o finales de la adolescencia. La teoría básica ha sido modificada para distinguir la moralidad de las convenciones sociales. Mientras que el pensamiento moral considera las interacciones interpersonales, la justicia y el bienestar humano, las convenciones sociales son los estándares acordados de comportamiento particulares de un grupo social o cultural. Dentro de cada etapa del desarrollo, los niños son guiados por los preceptos básicos del comportamiento moral, pero también pueden tener en cuenta estándares locales, como código de vestimenta, comportamiento en el aula y expectativas de citas. Existe una comprensión más amplia del desarrollo moral incluso en bebés y niños muy pequeños, teorización de una capacidad innata para relacionarse con otros. El desarrollo moral puede encontrarse en bebés, niños pequeños y preescolares muy jóvenes que tienen un concepto de sí mismos en relación con los demás, empatía y cuidado por los demás, y pueden incorporar su contexto cultural de una manera que influye en cómo y cuándo ocurre el desarrollo moral. [34]

#### ***4.6.3 Teorías socioculturales***

### **Lev Vygotsky: Influencias ambientales en el lenguaje y el pensamiento**

Al igual que Piaget, Lev Vygotsky (1896-1934) estaba interesado en el origen del conocimiento y de las habilidades de razonamiento, y como Bowlby, estaba interesado en los efectos de las relaciones humanas en el desarrollo. Desde la perspectiva de Vygotsky, todos los aspectos del desarrollo humano son el resultado de interacciones con otros más experimentados. Esas interacciones reflejan prácticas culturales. En algunas culturas, se dirige muy poco discurso hacia

los niños pequeños, mientras que en otras culturas se espera que los niños participen en una conversación. [33]

El aprendizaje a través de la interacción con otros más experimentados comienza en la infancia y continúa a lo largo del desarrollo. El otro más experimentado ayuda a un niño a construir recuerdos, resolver un problema, notar aspectos del entorno o elaborar sobre la comunicación verbal. Para ser efectivos, sin embargo, esos actos de intercambios colaborativos, que Vygotsky denomina “andamiaje” deben ser sensibles a lo que el niño encontraría útil, dadas sus habilidades e intereses. Deben estar en lo que Vygotsky denominó “la zona de desarrollo próximo”. La entrada contribuye a la comprensión del niño solo si el niño puede absorber la información e incorporarla al repertorio de conocimientos. [33]

Otro enfoque importante de la teoría de Vygotsky se refiere al papel del lenguaje en la formación del pensamiento del niño. Mientras que el pensamiento y el lenguaje emergen como habilidades humanas independientes, el lenguaje, que expresa pensamientos, llega a regular primero a través de su expresión externa, pero más tarde a través de su internalización y expresión en la mente del niño. [33]

### **Reuven Feuerstein: Mediación social de la cognición**

La teoría y el trabajo aplicado de Reuven Feuerstein (1921-2014) se centran en la maleabilidad de la cognición e inteligencia de los niños en cada etapa del desarrollo. Feuerstein teorizó que el desarrollo cognitivo es producto de dos modalidades de interacción entre el organismo y el entorno. La primera es la exposición directa del individuo al entorno. La segunda modalidad es la experiencia de aprendizaje mediado, que se refiere a cómo los estímulos ambientales son transformados por un agente “mediador”, generalmente un padre, un hermano o un cuidador. [33]

Feuerstein distingue entre dos grupos de determinantes del desarrollo cognitivo diferencial. El primer grupo de determinantes incluye factores genéticos, el nivel de estimulación ambiental, las relaciones emocionales entre el niño y los mediadores, y el estatus socioeconómico. En condiciones desfavorables, estos determinantes interfieren con el desarrollo cognitivo. El segundo grupo de determinantes consiste en la falta o reducción de exposición a la experiencia de aprendizaje mediado. Tal reducción interfiere con el desarrollo cognitivo porque se pierde la orientación que los agentes mediadores proporcionan con respecto a la importancia relativa de las fuentes de información, la clasificación de los estímulos o su organización. [33]

## **Urie Bronfenbrenner: Influencias ambientales directas e indirectas**

Urie Bronfenbrenner (1917-2005) amplió la descripción del entorno que el niño en crecimiento experimenta tanto directa como indirectamente. Postuló cinco niveles de influencias ambientales. El más inmediato es el microsistema, que consiste en entornos sociales que el niño experimenta directamente, como la familia, los compañeros y la escuela. El microsistema está incrustado en el mesosistema, el sistema interconectado de microsistemas en los que participa una persona (p. ej., la asociación de padres y maestros, que vincula la familia y la escuela). El siguiente nivel es el exosistema, que incluye vecinos, medios sociales y de masas, servicios sociales, industria y política local. Estos influyen en las personas que influyen en el niño. Más allá está el macrosistema, las actitudes y creencias de la cultura. Todos estos sistemas están incrustados en un contexto histórico llamado cronosistema. Estos niveles del entorno forman una red de conexiones, y el individuo está en su centro potencialmente influyendo en los niños mientras buscan activamente adaptarse a su mundo. [33]

## **Ann Masten: Resiliencia en circunstancias ambientales adversas**

Ideas recientes sobre la adaptación humana positiva a la adversidad explican los procesos y consecuencias del desarrollo de la intrincada interdependencia de las características individuales y las condiciones ambientales. Los psicólogos han estado intrigados porque algunos niños que crecen en condiciones adversas logran prosperar. Inicialmente se creía que estos niños eran invulnerables y que entender su éxito ayudaría con intervenciones para otros niños que se veían afectados negativamente por sus circunstancias desafiantes. Sin embargo, la investigación acumulada de Ann Masten (1951-) reveló que la resiliencia reside solo parcialmente en el individuo (2001). No se puede entender la resiliencia sin considerar las características tanto del individuo como de las circunstancias en las que se desarrolla. En consecuencia, entender la resiliencia requiere examinar tanto la respuesta del individuo a la adversidad como la naturaleza de la adversidad misma. [33]

### ***4.6.4 Teoría de sistemas dinámicos***

Uno de los enfoques más nuevos para el desarrollo es la teoría de sistemas dinámicos. Los procesos que pueden explicar el cambio de comportamiento (ej. potencial genético, procesos neurológicos, características físicas, estructura familiar, metas y motivos personales) están entrelazados, no son factores causales independientes. El desarrollo es el resultado de la interacción

de procesos en muchos niveles y muchos sistemas. El desarrollo es moldeado por fuerzas dentro y fuera de la persona, fusionándose e influyéndose mutuamente para producir nuevas capacidades y comportamientos. El desarrollo emerge como resultado de acciones momento a momento en muchos niveles a la vez y no sigue un plan universal establecido. [47]

El núcleo de la teoría descansa en la definición de sistemas. Todos los sistemas (biológicos y sociales) están compuestos por elementos interdependientes que comparten funciones, límites, metas e identidad interrelacionados. Un sistema dinámico cambia continuamente para llevar a cabo sus funciones de una manera que mantiene la interacción fluida entre sus componentes, preservando así el equilibrio. Los elementos se influyen entre sí y se cambian unos a otros con el tiempo. Entender el desarrollo requiere considerar eventos momento a momento y su interacción con características individuales cambiantes. Requiere trazar un camino desde un punto en el tiempo hasta un punto posterior cuando emerge un comportamiento nuevo y más maduro. Esto requiere un análisis detallado de múltiples aspectos del comportamiento y una investigación del proceso de reorganización y crecimiento. La teoría ayuda a especificar las propiedades de los sistemas que están en flujo (sistemas abiertos) y cómo la retroalimentación actúa para regular el cambio. [33]

La palabra dinámico se utiliza para subrayar la interacción constante y la influencia mutua de los elementos del sistema. Un componente clave es la autoorganización, la idea de que el desarrollo se produce a través de las interacciones de los diversos elementos del sistema. El sistema incluye las propiedades biológicas del organismo que apoyan el desarrollo, las acciones del organismo al utilizar estas propiedades y la entrada del entorno. Juntos, estos elementos producen un conjunto de comportamientos que conducen al cambio cognitivo. [45]

#### **4.7 Retraso en el neurodesarrollo**

El retraso en el desarrollo se presenta cuando un niño no logra alcanzar los hitos del desarrollo esperados en comparación con sus pares de la misma población. Este fenómeno surge a partir de alteraciones en diversos dominios específicos, como el desarrollo motor grueso y fino, el habla y lenguaje, el funcionamiento cognitivo, las habilidades sociales, el desarrollo psicológico, la esfera sexual y las actividades de la vida diaria. [6]

El término retraso del desarrollo constituye un descriptor general de un fenotipo amplio que requiere especificación mediante la determinación cuidadosa de uno o más elementos vinculados con el área de desarrollo comprometida. [6] Por otra parte, el concepto de discapacidad del

desarrollo abarca un grupo diverso de alteraciones físicas y mentales permanentes que afectan negativamente la capacidad del individuo para funcionar al nivel de sus pares. Estas condiciones comienzan durante la infancia e interfieren con la movilidad, la adquisición de habilidades de autocuidado, la comunicación, las competencias sociales, la capacidad general de aprendizaje y la vida independiente. [48]

Las discapacidades del desarrollo pueden presentarse de forma aislada, como en el caso de un niño con deficiencia visual, o de manera múltiple, como ocurre cuando un niño presenta retrasos en el funcionamiento motor, cognitivo, lingüístico y social simultáneamente. Con frecuencia, existe un solapamiento considerable entre trastornos específicos en términos de las funciones afectadas. [48]

En niños pequeños, los retrasos del desarrollo pueden originarse a partir de una amplia variedad de causas, incluyendo la subestimulación ambiental temprana, enfermedades físicas crónicas, trastornos neuromusculares, anomalías del sistema nervioso central y síndromes genéticos. [48] La disfunción del neurodesarrollo coloca al niño en riesgo de enfrentar desafíos en el ámbito del desarrollo, la cognición, las emociones, el comportamiento, el funcionamiento psicosocial y la adaptación.

Los niños en edad preescolar con disfunción del neurodesarrollo o ejecutiva pueden manifestar retrasos en dominios del desarrollo como el lenguaje, la motricidad, el autocuidado, el desarrollo socioemocional y la autorregulación. En el caso de los niños en edad escolar, el desarrollo de habilidades académicas constituye un área de especial atención, siendo esta la etapa en la que habitualmente se diagnostican los trastornos del aprendizaje. [25]

Aunque no existen estimaciones específicas sobre la prevalencia de la disfunción del neurodesarrollo, los cálculos generales para los trastornos del aprendizaje oscilan entre el 5 % y el 10 % o más, con un rango similar reportado para el TDAH. Es importante señalar que estos trastornos frecuentemente se presentan de manera simultánea, lo que dificulta tanto su diagnóstico como su abordaje terapéutico.

#### ***4.7.1 Factores de riesgo para retraso en el neurodesarrollo***

### **4.8 Evaluación del neurodesarrollo infantil en el contexto de salud pública**

#### ***4.8.1 Cuestionarios Edades y Etapas 3***

Los “Cuestionarios Edades y Etapas 3” (ASQ-3, por sus siglas en inglés) son una herramienta ampliamente utilizada para la detección temprana de riesgos en el neurodesarrollo infantil.



Diseñados inicialmente en la Universidad de Oregon en los años 1980, estos cuestionarios han evolucionado hasta convertirse en un instrumento estandarizado y validado para evaluar múltiples dominios del desarrollo infantil en niños de 1 mes a 66 meses de vida. Su diseño permite que sean completados por los padres en colaboración con proveedores de salud, lo que facilita su implementación en diversos contextos. [49, 50]

La importancia del ASQ-3 radica en su capacidad para identificar de manera precisa a niños que podrían beneficiarse de una evaluación más detallada o de intervenciones tempranas en el desarrollo. Este instrumento evalúa cinco áreas principales del neurodesarrollo: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y desarrollo personal-social. Cada cuestionario consta de 30 ítems específicos para la edad del niño, lo cual asegura pertinencia y sensibilidad en la evaluación. [51]

Desde una perspectiva teórica, el ASQ-3 se alinea con el modelo biopsicosocial del desarrollo infantil, en el que factores biológicos, ambientales y sociales interactúan complejamente para influir en los resultados del desarrollo. Este modelo, descrito por Bronfenbrenner, destaca la importancia de los entornos inmediatos, como la familia y la comunidad, así como de factores más amplios, como las políticas públicas y las normas culturales. En este sentido, el ASQ-3 no solo sirve como una herramienta de cribado, sino también como un catalizador para intervenciones que potencialmente pueden transformar los entornos más amplios de los niños evaluados. [33, 8]

La validez psicométrica del ASQ-3 ha sido extensivamente documentada reportando una alta fiabilidad en la evaluación-revaluación (92 %), sensibilidad (87.4 %) y especificidad (95.7 %). Además, su aplicabilidad ha sido comprobada en contextos multiculturales y socioeconómicos diversos, incluyendo países de ingresos bajos y medios, donde su uso requiere adaptaciones contextuales debido a limitaciones en la alfabetización y el acceso a servicios de salud. En tales contextos, la evidencia sugiere que los resultados del ASQ-3 son más fiables cuando los cuestionarios se completan con la orientación de un proveedor de salud. [52, 53, 54]

### **Contexto histórico de los Cuestionarios Edades y Etapas 3**

El desarrollo de los “Cuestionarios Edades y Etapas” inició en 1980 en la Universidad de Oregon, con la finalidad de evaluar el desarrollo neurológico de los niños con habilidades que los padres son capaces de reconocer e identificar en casa. En la década de 1980 a 1990 las doctoras Diane Bricker y Jane Squires realizaron una búsqueda exhaustiva de conjuntos de habilidades

fáciles de ser elicitadas u observadas por los padres de los niños. En 1995 se publicó una serie de 8 cuestionarios que evaluaban niños hasta los 48 meses de edad. [50]

En 1996 se iniciaron estudios de validez, fiabilidad y utilidad de la primera edición del “Cuestionario Edades y Etapas”. Para el año 1997 y 1998 se los estudios determinan las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje. [50]

En 1999 se publica la segunda edición de los cuestionarios revisados y extendidos para cubrir hasta la edad de 60 meses. En 2000 se inician investigaciones a nivel internacional en Finlandia, Noruega, China, Portugal y Brasil. En 2001 la Academia Americana de Pediatría recomienda el “Cuestionario Edades y Etapas” como una herramienta con buenas propiedades psicométricas, incluyendo sensibilidad, especificidad, validez y fiabilidad adecuadas, y estandarizada en diferentes poblaciones. [55]

Para 2004 se inicia una recolección de datos para la tercera edición del cuestionario y durante 4 años se recolectan 18,000 cuestionarios de niños de 50 estados de territorios estadounidenses. [50]

Para 2006 la Academia Americana de Pediatría revisa su política de tamizaje del desarrollo con un algoritmo que incluye cribado a los 9, 18 y 30 meses en chequeos médicos de rutina y recomienda el “Cuestionario Edades y Etapas” como una de las principales herramientas para el tamizaje. [56]

En 2009 la tercera edición de los cuestionarios es publicada, incluyendo nuevos valores de estandarización, y puntajes revisados para catalogar a los niños en áreas de riesgo o de monitoreo. Esta tercera edición se ajusta a los resultados de 18,000 cuestionarios obtenidos de diferentes contextos socioeconómicos y lugares en los Estados Unidos de América. [50]

En los Estados Unidos de América es ampliamente utilizada en programas de chequeo médico de rutina por recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría de realizar por lo menos un tamizaje del desarrollo a las edades de 9, 18 y 30 meses de edad. Otros programas como “Early Head Start”, “Help Me Grow”, “Child Find”, “Parents as Teachers”, y programas locales de condados realizan tamizajes y seguimientos del neurodesarrollo con el “Cuestionario Edades y Etapas 3” con mayor frecuencia. [57]

### **Viabilidad de los Cuestionarios Edades y Etapas 3 en Guatemala**

El uso de los “Cuestionarios Edades y Etapas 3” (ASQ-3) en Guatemala presenta una oportunidad significativa para abordar las disparidades en la detección y el manejo temprano

de problemas del neurodesarrollo infantil. Esta herramienta, con una fiabilidad de evaluación-reevaluación del 92 %, sensibilidad del 87.4 % y especificidad del 95.7 %, ha demostrado su robustez psicométrica en diversos contextos culturales y socioeconómicos, incluyendo países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, la implementación del ASQ-3 en Guatemala requiere consideraciones específicas dadas las particularidades del sistema de salud y el entorno sociocultural del país. [52, 54]

Una característica clave del ASQ-3 es su enfoque centrado en los padres, quienes completan los cuestionarios en colaboración con proveedores de salud. Sin embargo, en contextos como Guatemala, donde la alfabetización funcional y el acceso a servicios de salud son limitados, la evidencia sugiere que los resultados son más confiables cuando los cuestionarios se completan con el apoyo de personal capacitado. Esto resalta la importancia de integrar el ASQ-3 en programas comunitarios y de atención primaria, donde los proveedores de salud puedan desempeñar un rol clave en la interpretación de resultados y el seguimiento de casos. [54, 58]

## **SECCIÓN 5. POBLACIÓN Y MÉTODOS**

### **5.1 Tipo y diseño de la investigación**

Estudio de enfoque cuantitativo, diseño analítico, observacional, prospectivo de corte transversal.

### **5.2 Unidad de análisis**

- 5.2.1. Unidad primaria de muestreo: Servicios de atención primaria en salud de la ciudad de Quetzaltenango, en específico el Puesto de Salud de San José Chiquilajá, Puesto de Salud de Pacajá y el Centro de Salud de Quetzaltenango.
- 5.2.2. Unidad de análisis: Información sobre aspectos sociodemográficos, económicos, familiares, perinatales, nutricionales, médicos, de interacción y estimulación de los niños y su evaluación de riesgo de acuerdo a los dominios del desarrollo de comunicación, área motora gruesa y fina, resolución de problemas y área socio-individual.
- 5.2.3. Unidad de información: Madres o encargados y niños que acudan a servicios de atención primaria de la ciudad de Quetzaltenango.

### **5.3 Población y muestra**

- 5.3.1. Población o universo: Niños menores de 5 años en el área de salud del distrito de Quetzaltenango.
- 5.3.2. Marco muestral: Niños menores de 5 años que acuden a servicios de atención primaria en el Puesto de Salud de San José Chiquilajá, Puesto de Salud de Pacajá y el Centro de Salud de Quetzaltenango.
- 5.3.3. Muestra: 1,701 niños menores de 5 años que acudan a servicios de atención primaria seleccionados en Quetzaltenango.

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los niños que cumplan con los criterios de inclusión y asistan a los servicios de atención primaria participantes, hasta alcanzar el tamaño de muestra deseado de 1,701 niños.

## **5.4 Selección de los sujetos a estudio**

### **5.4.1. Criterios de inclusión:**

- Niños de 0 a 59 meses de edad que acuden a servicios de atención primaria para controles de crecimiento y desarrollo, vacunación o consulta médica.
- Padres o cuidadores que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### **5.4.2. Criterios de exclusión:**

- Niños con diagnóstico previo de trastornos del neurodesarrollo o discapacidad intelectual
- Padres o cuidadores que no acepten participar en el estudio o se retiren durante el proceso.

## **5.5 Definición y operacionalización de variables**

Las variables cualitativas incluyen: sexo (nominal: masculino, femenino), etnia (nominal: maya, ladino), residencia (nominal: rural, urbano), escolaridad del cuidador (ordinal: ninguna hasta universitario), servicios básicos como agua, servicios sanitarios, eliminación de basura y alumbrado (todas nominales), propiedad de casa, condición y tipo de empleo, estado civil, tipo de parto y atención del mismo (nominales).

Las variables cuantitativas comprenden: edad (continua: años, meses), número de personas en casa y hermanos (discretas), exposición a dispositivos electrónicos y tiempo de juego cuidador-niño (continuas), edad gestacional y peso al nacer (discretas y continuas respectivamente), controles prenatales (discreta), indicadores antropométricos de talla/edad y peso/talla (escala), y las cinco dimensiones del neurodesarrollo evaluadas mediante cuestionarios (cuantitativas de escala: comunicación, motricidad gruesa y fina, resolución de problemas y socio-individual).

Se describen de forma ordenada en la siguiente tabla:

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables

Tabla 3.3.1 Operacionalización de variables						
Variable	Subvariable	Microvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Instrumento de medición
Factores que afectan el neurodesarrollo	Sociodemográficos	Sexo	Características biológicas que definen a hombres y mujeres	Masculino	Cualitativa, nominal	Boleta de recolección de datos
				Femenino		
		Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años, meses	Cuantitativa, continua	
		Etnia	Grupo formado por personas que comparten un origen cultural común	Maya	Cualitativa, nominal	
				Ladino		
		Residencia	El lugar donde una persona vive	Rural	Cualitativa, nominal	
				Urbano		
		Escolaridad del cuidador	Conjunto de cursos que el cuidador sigue en un establecimiento docente	Ninguna	Cualitativa, ordinal	
				Primaria		
				Básico		
				Diversificado		
				Universitario		
		Agua para consumo del hogar	Agua que se utiliza para beber, cocinar, preparar alimentos, higiene personal y otros usos domésticos	Río, lago, tonel, camión y otro	Cualitativa, nominal	
				Pozo público o privado		
				Chorro público		
				Red de tubería		
		Tipo de servicio sanitario	Perteneiente o relativo a las instalaciones higiénicas de una casa	No tiene	Cualitativa, nominal	
				Excusado lavable		
				Letrina/Pozo ciego		
				Inodoro		
		Forma de eliminar la basura	Lugar donde se tiran residuos y desperdicios	Otra	Cualitativa, nominal	
				La quema		
				La entierra		
				La tira en cualquier lugar		
				Servicio municipal o privado		
		Tipo de alumbrado	Conjunto de luces que alumbran dentro del hogar	Candela	Cualitativa, nominal	
				Gas, solar, otro		
				Eléctrico		
		Fuente de energía para cocinar	Recursos de energía disponibles dentro de la casa para la preparación de alimentos	Leña	Cualitativa, nominal	
				Gas corriente, carbón y otros		
				Electricidad		
				Gas propano		
		Propiedad de casa	Condición de pertenencia de un edificio o residencia	No tiene	Cualitativa, nominal	
				Alquilada		
				Propia		

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables (continuación)

Variable	Subvariable	Microvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Instrumento de medición
Factores que afectan el neurodesarrollo	Económicos	Condición de empleo	Distingue entre personas con trabajo y sin trabajo	Desempleado	Cualitativa, nominal	Boleta de recolección de datos
				Empleado		
		Tipo de empleo	Categoría o clase de ocupación, oficio o trabajo que una persona desempeña	Informal	Cualitativa, nominal	
				Formal		
		Acceso a IGSS	Acceso a seguridad social y servicios del IGSS	No	Cualitativa, nominal	
				Sí		
	Familiares	Número total de personas en la casa	Cantidad de personas que viven en una misma casa	Persona	Cuantitativa, discreta	
		Número de hermanos	Persona que tiene en común con otra el mismo padre y la misma madre, o solo uno de ellos.	Hermanos	Cuantitativa, discreta	
		Condición civil del cuidador	Condición de una persona en relación a matrimonio, que se hacen constar en el registro civil	Soltero	Cualitativa, nominal	
				Unido		
				Casado		
	Interacción y estimulación	Exposición a dispositivos electrónicos	Contacto o uso de tecnología digital	Horas/día	Cuantitativa, continua	
		Tiempo de juego cuidador-niño	Acción y efecto de jugar por entretenimiento y aprendizaje	Horas/día	Cuantitativa, continua	
	Perinatales	Atención prenatal	Conjunto de acciones que se realizan para cuidar la salud de la madre y el feto durante el embarazo	Controles durante el embarazo	Cuantitativa, discreta	
		Edad gestacional al nacer	Semanas de embarazo completadas al momento de nacer	< 28 semanas	Cuantitativa, discreta	
				< 32 semanas		
				≥ 32 semanas		
				≥ 34 semanas		
				≥ 37 semanas		
		Peso al nacer	Peso del niño al nacer en libras y onzas	< 2 lb 3 onz	Cuantitativa, continua	
				< 3 lb 5 onz		
				< 5 lb 8 onz		
				≥ 5 lb 8 onz		
				≥ 8 lb 13 onz		
		Tipo de parto	Proceso mediante el cual la madre expulsa el producto de la concepción	Cesárea	Cualitativa, nominal	
				Parto eutócico		
		Atención de parto	Tipo de asistencia durante el parto	Comadrona	Cualitativa, nominal	
CAIMI						
Hospital privado						
Hospital público						
Seguro social						

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables (continuación)

Variable	Subvariable	Microvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Instrumento de medición
Factores que afectan el neurodesarrollo	Nutricionales	Lactancia materna (primeros 6 meses)	Primer período de la vida de los mamíferos, en el cual se alimentan solo de leche	Fórmula	Cualitativa, nominal	Boleta de recolección de datos
				Mixta		
				Lactancia materna exclusiva		
		Lactancia materna (6 a 12 meses)	Acción de amamantar o de mamar	No	Cualitativa, nominal	
				Si		
		Lactancia materna (12 a 24 meses)	Acción de amamantar o de mamar	No	Cualitativa, nominal	
				Si		
		Longitud o talla para la edad	Indicador antropométrico de crecimiento lineal relativo a la edad y comparado con distribuciones normales establecidas por la OMS	Retardo del crecimiento severo	Cuantitativa, escala	Tallímetro y balanza, boleta de recolección de datos
				Retardo del crecimiento moderado		
				Normal		
		Peso para la longitud o talla	Indicador antropométrico de peso relativo la longitud o talla y comparado con distribuciones normales establecidas por la OMS	Desnutrición aguda severa	Cuantitativa, escala	
				Desnutrución aguda moderada		
				Normal		
		Suplementación con perla de vitamina A	Vitamina liposoluble. Esencial para el desarrollo y mantenimiento de la función visual y reproductiva, el crecimiento óseo, la inmunidad, la eritropoyesis y la función pulmonar	No sabe	Cualitativa, nominal	Boleta de recolección de datos
				Nunca recibió		
				Si recibió		
		Suplementación con vitaminas y minerales en polvo	Minerales y vitaminas que brindan los servicios de atención primaria	No sabe	Cualitativa, nominal	
				Nunca recibió		
				Si recibió		
	Médicos	Hospitalizaciones durante el período neonatal	Admisiones hospitalarias durante los primeros 28 días de vida	Hospitalizaciones	Cuantitativa, discreta	Carné de vacunación, boleta de recolección de datos
		Esquema de vacunación completo para la edad	Administacion de todas las vacunas recomendadas para una persona segun su edad	No	Cualitativa, nominal	
Si						



**Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables (continuación)**

Variable	Subvariable	Microvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Instrumento de medición
Riesgo en el neurodesarrollo infantil	Dominios del neurodesarrollo	Comunicación	Habilidades lingüísticas receptivas y expresivas, incluyendo balbuceo, vocalización, escucha y comprensión	Riesgo significativo	Cuantitativa, escala	Cuestionarios Edades y Etapas en su edición 3 en español
				Zona de monitoreo		
				Desarrollo típico		
		Área motora gruesa	Control postural, movimientos corporales amplios, equilibrio y coordinación general	Riesgo significativo	Cuantitativa, escala	
				Zona de monitoreo		
				Desarrollo típico		
		Área motora fina	Destreza manual, coordinación visomotora, manipulación de objetos y precisión de movimientos	Riesgo significativo	Cuantitativa, escala	
				Zona de monitoreo		
				Desarrollo típico		
		Resolución de problemas	Capacidades cognitivas, como aprendizaje, memoria, y razonamiento	Riesgo significativo	Cuantitativa, escala	
				Zona de monitoreo		
				Desarrollo típico		
		Socio-Individual	Autorregulación emocional, interacción social, autonomía personal y adaptación al entorno familiar y comunitario	Riesgo significativo	Cuantitativa, escala	
				Zona de monitoreo		
				Desarrollo típico		

## **5.6 Hipótesis**

- 5.6.1. Hipótesis nula (H0): No existe una asociación significativa entre factores sociodemográficos, condiciones económicas, interacción familiar, exposición a dispositivos electrónicos, antecedentes médicos perinatales y postnatales, y el riesgo en el neurodesarrollo de niños menores de 5 años en servicios de atención primaria de Quetzaltenango.
- 5.6.2. Hipótesis alternativa (H1): Existe una asociación significativa entre factores sociodemográficos, condiciones económicas, interacción familiar, exposición a dispositivos electrónicos, antecedentes médicos perinatales y postnatales, y el riesgo en el neurodesarrollo de niños menores de 5 años en servicios de atención primaria de Quetzaltenango.

## **5.7 Técnicas de recolección de información e instrumentos de medición**

- 5.7.1. Técnicas de recolección de información: Para llevar a cabo este estudio de cohorte prospectivo, se implementarán las siguientes fases:
- 5.7.1.1) Fase preliminar (Febrero de 2025): Se obtuvieron los permisos correspondientes a las autoridades de salud del departamento de Quetzaltenango para acceder a los servicios de atención primaria seleccionados. Se determinaron estrategias para garantizar la uniformidad en la recolección de los datos entre los investigadores.
- 5.7.1.2) Fase de recolección de datos: Se identificarán y reclutarán niños menores de 5 años que cumplan con los criterios de inclusión en los servicios de atención primaria participantes. Tras obtener el consentimiento informado de los padres o tutores, se realizará:
- Evaluación basal del neurodesarrollo mediante la aplicación del “Cuestionario Edades y Etapas 3”, seleccionando la versión específica según la edad del niño.
  - Aplicación de un cuestionario estructurado para recolectar información sobre factores potencialmente asociados al neurodesarrollo.
- 5.7.1.3) Fase de clasificación y análisis: Los resultados de cada niño serán evaluados conforme al puntaje obtenido en el “Cuestionario Edades y Etapas 3” y clasificados en tres categorías:
- Desarrollo típico: puntaje en el área blanca, indicativo de un desarrollo acorde a su edad.
  - Requiere monitoreo: puntaje en el área gris, señalando habilidades ligeramente por debajo del promedio.

- Retraso en el desarrollo: puntaje en el área negra, sugiriendo la necesidad de intervención especializada.

Se analizarán las asociaciones entre los factores de exposición identificados y los resultados de neurodesarrollo en la evaluación.

5.7.2. Instrumentos de recolección de información Para este estudio de cohorte prospectivo, se emplearán los siguientes instrumentos:

- “Cuestionario Edades y Etapas 3”: Adaptado al idioma español y ajustado por edad. Esta herramienta validada de tamizaje del desarrollo identifica riesgos de problemas de neurodesarrollo en niños de 2 a 66 meses. Será aplicado por los investigadores con información proporcionada por los padres o tutores y mediante observación directa de actividades específicas. El “Cuestionario Edades y Etapas 3” evalúa cinco áreas del desarrollo: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas, habilidades socioindividuales.
- Cuestionario de factores de exposición: Instrumento estructurado diseñado específicamente para este estudio que recopilará información sobre:
  - Variables sociodemográficas (edad, sexo, etnia, nivel educativo de los padres)
  - Variables económicas (empleo de los padres, acceso a seguridad social)
  - Variables de interacción familiar (tiempo de juego, disponibilidad de juguetes)
  - Variables médicas (prematuridad, peso al nacer, tipo de parto, lactancia, estado nutricional, etc.)

## 5.8 Plan de análisis de datos

5.8.1. Preparación de los datos: Los datos en formato físico serán digitados para su uso en el software estadístico Rstudio y python con los paquetes numpy y pandas. Se realizará una limpieza de los datos para identificar y corregir posibles errores de entrada. Los puntajes obtenidos en cada área del desarrollo del “Cuestionario Edades y Etapas 3” se convertirán a valores estadísticos.

5.8.2. Análisis descriptivo de datos de la cohorte completa: Se calcularán frecuencias y porcentajes de los diferentes factores de riesgo presentes en la población a estudiar. Se calcularán medidas de tendencia central como media, mediana, y desviación estándar de los puntajes del neurodesarrollo.

5.8.3. Análisis comparativo de los resultados del “Cuestionario Edades y Etapas 3” de la cohorte completa utilizando las siguientes herramientas estadísticas:

- Chi-cuadrado: para determinar si hay asociación significativa entre las variables categóricas y riesgo del retraso en el neurodesarrollo, se utilizará para evaluar factores de riesgo individuales y comparar con desarrollo normal versus desarrollo en riesgo.
- Análisis de variancia (ANOVA): para comparar medias de puntajes del neurodesarrollo en más de dos grupos diferentes de una misma categoría y determinar su variación, por ejemplo para evaluar el riesgo del neurodesarrollo en valores Z y medidas de tendencia central con el grado de escolaridad de los padres de los niños: ninguna, primaria, básico, diversificado, universitario.

5.8.4. Análisis de asociación de los resultados del “Cuestionario Edades y Etapas 3” del grupo estudiado utilizando:

- Odds ratio (OR): para comparar las probabilidades de que se presente riesgo en el neurodesarrollo entre dos grupos diferentes. Por ejemplo para comparar si los niños con padres que tienen un trabajo formal o informal tienen mayor probabilidad o no, de presentar riesgo en el neurodesarrollo.

5.8.5. Presentación de resultados: se elaborarán tablas y gráficos apropiados con intervalos utilizando el software Rstudio y paquetes de CRAN como ggplot2 para análisis y creación de datos informativos.

## **5.9 Principios éticos en la investigación**

Esta investigación se adherirá a los principios éticos clave, tales como:

- Consentimiento informado: explicando claramente los objetivos del estudio a los padres o tutores y obteniendo su autorización.
- Confidencialidad: los datos se mantendrán anónimos y se utilizarán exclusivamente para fines de investigación.
- Beneficencia y no maleficencia: buscando maximizar beneficios potenciales sin causar daños a los participantes.

- El “Cuestionario Edades y Etapas 3” es una herramienta validada, respaldada por evidencia científica y recomendada por instituciones como UNICEF para su uso en evaluación del neurodesarrollo infantil en servicios de atención de salud. [59]

## BIBLIOGRAFÍA

1. SESAN. Informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022. Gobierno de la República de Guatemala. 2022. Disponible en: <https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/lineabase.pdf> [Accedido: 15-01-2025]
2. UNICEF. Early Childhood Development. United Nations Children's Fund. 2023. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/145336/file/Early\\_Childhood\\_Development\\_-\\_UNICEF\\_Vision\\_for\\_Every\\_Child.pdf](https://www.unicef.org/media/145336/file/Early_Childhood_Development_-_UNICEF_Vision_for_Every_Child.pdf) [Accedido: 15-01-2025]
3. CDC. Developmental Disability Basics. Centers of Disease Control. Disponible en: <https://www.cdc.gov/child-development/about/developmental-disability-basics.html> [Accedido: 02-02-2025]
4. Aites J y Schonwald A. Developmental-behavioral surveillance and screening in primary care. UpToDate. 2025. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/developmental-behavioral-surveillance-and-screening-in-primary-care> [Accedido: 25-01-2025]
5. Bellman M, Byrne O y Sege R. Developmental assessment of children. BMJ 2013 Jan; 346:e8687-e8687. DOI: 10.1136/bmj.e8687. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e8687>
6. Khan I y Leventhal B. Developmental Delay. StatPearls Publishing. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562231/> [Accedido: 01-02-2025]
7. Stiles J y Jernigan TL. The Basics of Brain Development. Neuropsychology Review 2010 Nov; 20:327-48. DOI: 10.1007/s11065-010-9148-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11065-010-9148-4>
8. Bronfenbrenner U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. sage, 2005
9. MSPAS. Política Pública de Desarrollo Integral de la Primera Infancia. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2024. Disponible en: <https://mail.vicepresidencia.gob.gt/sites/default/files/2024-06/politica-publica-de-desarrollo-integral-de-la-primera-infancia-2024-2044.pdf> [Accedido: 10-04-2025]

10. INE. Proyecciones municipales 2015-2035. Instituto Nacional de Estadística. 2020. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/proyecciones/> [Accedido: 15-02-2025]
11. UNICEF. Desarrollo integral en la primera infancia: Una mirada a Guatemala. United Nations Children's Fund. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/guatemala/informes/atlas-nacional-2021> [Accedido: 10-04-2025]
12. WB. The World Bank In Guatemala. World Bank. 2024. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala> [Accedido: 10-04-2025]
13. Luby JL. Poverty's Most Insidious Damage: The Developing Brain. JAMA Pediatrics 2015 Sep; 169:810. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.1682. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1682>
14. Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, Akshoomoff N, Amaral DG, Bloss CS, Libiger O, Schork NJ, Murray SS, Casey BJ, Chang L, Ernst TM, Frazier JA, Gruen JR, Kennedy DN, Van Zijl P, Mostofsky S, Kaufmann WE, Kenet T, Dale AM, Jernigan TL y Sowell ER. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. Nature Neuroscience 2015 Mar; 18:773-8. DOI: 10.1038/nn.3983. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nn.3983>
15. UNICEF. Desarrollo integral en la primera infancia: Una mirada a Guatemala. United Nations Children's Fund. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/guatemala/informes/developmental-integral-of-the-first-infancy-a-look-at-guatemala> [Accedido: 10-04-2025]
16. MINEDUC. Anuario estadístico de la educación en Guatemala. Ministerio de Educación. 2024. Disponible en: <https://estadistica.mineduc.gob.gt/anuario/home.html> [Accedido: 10-04-2025]
17. MSPAS/INE/ICF. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. MSPAS/INE/ICF. 2017. Disponible en: [https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/ensmi2014\\_2015.pdf](https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/ensmi2014_2015.pdf) [Accedido: 10-04-2025]
18. UNICEF. Comportamientos individuales y sociales sobre derechos de la niñez y formas de autoprotección contra la violencia en la niñez y adolescencia. United Nations Children's Fund. 2020. Disponible en: <https://xn--sistemaproteccionniez-ubc.gt/wp-content/uploads/2021/04/FOLLETO-ESTUDIO-CAP-MEDIADO.pdf> [Accedido: 10-04-2025]

19. C. Mehner L, J. Domek G, Abdel-Maksoud M, Jimenez-Zambrano A, J. Asturias E, M. Lamb M y Berman S. The association of cumulative risk scoring with ASQ-3 outcomes in a rural impoverished region of Guatemala. *Pediatric Dimensions* 2019; 4. DOI: 10.15761/pd.1000198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15761/pd.1000198>
20. Wondmagegn T, Girma B y Habtemariam Y. Prevalence and determinants of developmental delay among children in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health* 2024 Apr; 12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1301524. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1301524>
21. Delbiso TD, Nigatu YD y Tilahun N. Early childhood development and nutritional status in urban Ethiopia. *Maternal & Child Nutrition* 2024 Mar; 20. DOI: 10.1111/mcn.13638. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13638>
22. Domek GJ, Silveira L, Kuffel H, Szafran LH, Jimenez-Zambrano A y Camp BW. Using the Ages & Stages Questionnaire to assess later effects of an infant intervention promoting language in primary care. *BMC Pediatrics* 2023 Apr; 23. DOI: 10.1186/s12887-023-03953-y. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-023-03953-y>
23. Ramos MM y Barba PCSD. Ages and Stages Questionnaires Brazil in monitoring development in early childhood education. *Anais da Academia Brasileira de Ciências* 2021; 93. DOI: 10.1590/0001-3765202120201838. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0001-3765202120201838>
24. Oumer A, Girum T, Fikre Z, Bedewi J, Nuriye K y Assefa K. Stunting and Underweight, but not Wasting are Associated with Delay in Child Development in Southwest Ethiopia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics* 2022 Jan; Volume 13:1-12. DOI: 10.2147/phmt.s344715. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/phmt.s344715>
25. Kelly D y McCain D. Neurodevelopmental and Executive Function and Dysfunction. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Ed. por Kliegman R y St. Geme III J. 22.<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2024. Cap. 49
26. Roth TL y David Sweatt J. Annual Research Review: Epigenetic mechanisms and environmental shaping of the brain during sensitive periods of development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2011 Mar; 52:398-408. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02282.x. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02282.x>



27. Julian MM y Lumeng JC. The Biopsychosocial Model. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Ed. por Feldman H, Elias E, Blum N, Jimenez M y Stancin T. 5.<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2023. Cap. 2
28. Kolb B, Whishaw I y Campbell T. An introduction to brain an behavior. New York: Worth Publishers, 2016
29. Yuskaitis C y Pomeroy S. Development of the Nervous System. *Fetal and Neonatal Physiology*. Ed. por Polin R, Abman S, Rowitch D y Benitz W. 6.<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2022. Cap. 124
30. Moore K, Persaud T y Torchia M. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology. Elsevier, 2025
31. Gibb R y Kovalchuk A. Brain Development. *The Neurobiology of Brain and Behavioral Development*. Elsevier, 2018 :3-27. DOI: 10.1016/b978-0-12-804036-2.00001-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-12-804036-2.00001-7>
32. Lindhout FW, Krienen FM, Pollard KS y Lancaster MA. A molecular and cellular perspective on human brain evolution and tempo. *Nature* 2024 Jun; 630:596-608. DOI: 10.1038/s41586-024-07521-x. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-024-07521-x>
33. Friedman SL y K SE. Theories of Human Development. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Ed. por Feldman H, Elias E, Blum N, Jimenez M y Stancin T. 5.<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2023. Cap. 3
34. Candelaria M y Susan F. Developmental and Behavioral Theories. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Ed. por Kliegman R y St. Geme III J. 22.<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2024. Cap. 19
35. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. American Psychological Association, 2009. DOI: 10.1037/11877-000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/11877-000>
36. Belsky J, Zhang X y Sayler K. Differential susceptibility 2.0: Are the same children affected by different experiences and exposures? *Development and Psychopathology* 2021 Feb; 34:1025-33. DOI: 10.1017/s0954579420002205. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579420002205>
37. Gerber RJ, Wilks T y Erdie-Lalena C. Developmental Milestones: Motor Development. *Pediatrics in Review* 2010 Jul; 31:267-77. DOI: 10.1542/pir.31-7-267. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/pir.31-7-267>

38. Lorentz B. Developmental Milestones. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer International Publishing, 2021 :1974-85. DOI: 10.1007/978-3-319-19650-3\_2369. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3\\_2369](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3_2369)
39. Panda S y Mahapatro S. Brain Growth in the First Year. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer International Publishing, 2021 :739-45. DOI: 10.1007/978-3-319-19650-3\_805. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3\\_805](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3_805)
40. Gerber RJ, Wilks T y Erdie-Lalena C. Developmental Milestones 3: Social-Emotional Development. *Pediatrics In Review* 2011 Dec; 32:533-6. DOI: 10.1542/pir.32.12.533. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/pir.32.12.533>
41. Narvaez D. Social Development. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer International Publishing, 2021 :7659-67. DOI: 10.1007/978-3-319-19650-3\_2394. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3\\_2394](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3_2394)
42. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C y Stegall S. Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2006 Apr; 27:155-68. DOI: 10.1097/00004703-200604000-00014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
43. Wilks T, Gerber RJ y Erdie-Lalena C. Developmental Milestones: Cognitive Development. *Pediatrics In Review* 2010 Sep; 31:364-7. DOI: 10.1542/pir.31.9.364. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/pir.31.9.364>
44. Crotty JE, Martin-Herz SP y Scharf RJ. Cognitive Development. *Pediatrics In Review* 2023 Feb; 44:58-67. DOI: 10.1542/pir.2021-005069. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/pir.2021-005069>
45. Gauvain M. Cognitive Development in Infancy and Childhood. Cambridge University Press, 2022 Jul. DOI: 10.1017/9781108955676. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/9781108955676>
46. Bjorklund DF. Children's Thinking. 5.<sup>a</sup> ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing, 2011 Feb
47. Newman BM y Newman PR. Dynamic systems theory. *Theories of Adolescent Development*. Elsevier, 2020 :77-112. DOI: 10.1016/b978-0-12-815450-2.00004-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-815450-2.00004-8>

48. Simms M. Intellectual Developmental Disorders (Developmental Delay). *Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis: Common Diseases and their Mimics*. Elsevier, 2023 :450-472.e2. DOI: 10.1016/b978-0-323-76174-1.00027-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-76174-1.00027-4>
49. Singh A, Yeh CJ y Boone Blanchard S. Ages and Stages Questionnaire: a global screening scale. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 2017 Jan; 74:5-12. DOI: 10.1016/j.bmhmx.2016.07.008. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.07.008>
50. Paul H. 4 Decades of Development. Brookes Publishing Co. 2024. Disponible en: <https://agesandstages.com/about-asq/asq-development/> [Accedido: 10-01-2025]
51. Squires J, Bricker DD, Twombly E et al. Ages & stages questionnaires. Paul H. Brookes Baltimore, 2009
52. Vameghi R, Sajedi F, Kraskian Mojembari A, Habiollahi A, Lornezhad HR y Delavar B. Cross-cultural adaptation, validation and standardization of Ages and stages questionnaire (ASQ) in Iranian children. en. *Iran. J. Public Health* 2013 May; 42:522-8
53. Sarmiento Campos JA, Squires J y Ponte J. Universal developmental screening: preliminary studies in Galicia, Spain. *Early Child Development and Care* 2010 Feb; 181:475-85. DOI: 10.1080/03004430903458007. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/03004430903458007>
54. Manasyan A, Salas AA, Nolen T, Chomba E, Mazariegos M, Tshefu Kitoto A, Saleem S, Naqvi F, Hambidge KM, Goco N, McClure EM, Wallander JL, Biasini FJ, Goldenberg RL, Bose CL, Koso-Thomas M, Krebs NF y Carlo WA. Diagnostic accuracy of ASQ for screening of neurodevelopmental delays in low resource countries. *BMJ Open* 2023 May; 13:e065076. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-065076. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065076>
55. Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *Pediatrics* 2001 Jul; 108:192-5. DOI: 10.1542/peds.108.1.192. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.108.1.192>
56. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics* 2006 Jul; 118:405-20. DOI: 10.1542/peds.2006-1231. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-1231>

57. Paul H. ASQ around the world. Brookes Publishing Co. 2024. Disponible en: <https://agesandstages.com/asq-around-the-world/> [Accedido: 10-01-2025]
58. Colbert AM, Connery AK, Lamb MM, Bauer D, Olson D, Paniagua-Avila A, Martínez MA, Arroyave P, Hernández S, Mirella Calvimontes D, Bolaños GA, El Sahly HM, Muñoz FM y Asturias EJ. Caregiver rating of early childhood development: Reliability and validity of the ASQ-3 in rural Guatemala. *Early Human Development* 2021 Oct; 161:105453. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2021.105453. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105453>
59. UNICEF. Instrumentos y metodologías de evaluación del desarrollo infantil temprano. United Nations Children's Fund Argentina. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/documents/instrumentos-y-metodologias-de-evaluacion-desarrollo-infantil-temprano> [Accedido: 20-01-2025]