

ÍNDICE

<i>Capítulo 1. RESILIENCIA: APROXIMACIÓN AL CONCEPTO</i>	19
1. Introducción	19
2. La resiliencia	19
2.1. La investigación de la resiliencia en Psicología	19
2.2. Cuestiones clave para entender la resiliencia	21
2.3. Experiencias resilientes	22
2.4. Definición de resiliencia	24
2.5. Factores de protección y de riesgo de la resiliencia	26
3. Modelos de resiliencia	30
3.1. Modelo homeostático de la resiliencia de Richardson (2002).	30
3.2. Resiliencia y factores de personalidad	31
3.3. Modelos sobre resiliencia y factores de riesgo	32
3.4. Modelo de resiliencia basado en el afrontamiento y en la percepción de autoeficacia	32
4. Aldeas Infantiles SOS España	34
Bibliografía	36
<i>Capítulo 2. CONCEPTOS GENERALES DE PSICOLOGÍA QUE AYUDAN A ENTENDER LA RESILIENCIA</i>	39
<i>Capítulo 3. EL DESARROLLO A LO LARGO DE LA INFANCIA: CONOCER A LOS NIÑOS</i>	41
Introducción	41
1. El desarrollo se gesta antes de nacer	42
2. El recién nacido	48
3. Los dos primeros años de vida	55
3.1. El desarrollo motor	55

3.1.1. El dominio del cuerpo en el espacio	56
3.1.2. El desarrollo motor fino	59
3.2. El avance en el pensamiento	60
3.3. Las habilidades para comunicarse mediante el lenguaje	63
3.4. El mundo emocional en los dos primeros años de vida	66
3.4.1. La autorregulación emocional	68
4. La infancia	72
4.1. El desarrollo motor	72
4.1.1. El desarrollo motor grueso	73
4.1.2. Desarrollo motor fino	75
4.2. El desarrollo del lenguaje	76
4.3. El progreso cognitivo en la infancia	79
4.4. El desarrollo del conocimiento de sí mismo	82
4.5. El progreso emocional	85
4.5.1. Los avances en la autorregulación emocional en la infancia	87
Comentario final	89
Bibliografía	90

Capítulo 4. LA VINCULACIÓN AFECTIVA DE APEGO: BASE Y FORTALEZA DEL DESARROLLO	93
Introducción	93
1. Interacciones tempranas y desarrollo	94
Hito 1. Atención y regulación	98
Hito 2. Conexión mutua y apego	98
Hito 3. Comunicación bidireccional intencional	99
Hito 4. Gestos complejos y resolución de problemas	100
Hito 5. Uso de los símbolos para expresar pensamientos y sentimientos	101
Hito 6. Conexión con el mundo emocional	102
2. La vinculación afectiva de apego	104
3. ¿Cómo se construye el apego?	106
4. Diferentes estilos de interacciones afectivas: los tipos de apego	110
5. Algunos factores de riesgo para una vinculación afectiva de apego saludable	117
5.1. Vulnerabilidad psicológica parental	118

5.2. ¿Quién es el niño? La influencia del niño en la construcción del apego	121
5.3. Entornos de riesgo afectivo	123
6. Sentirse inseguro: cuando las relaciones afectivas tempranas no son saludables y se convierten en alteraciones	126
Bibliografía	130
Capítulo 5. SITUACIONES ESPECIALES DE RESILIENCIA	137
Capítulo 6. SITUACIONES QUE GENERAN ESTRÉS MANTENIDO	141
1. El estrés en la familia	143
1.2. La privación de estímulos	143
1.2. Nacimiento de un hermano	143
1.3. La muerte de familiares directos	144
1.4. Divorcio o separación de los padres	145
1.5. Abandono o maltrato de los hijos	147
1.6. Salud física y/o mental de los padres	148
1.7. Carencias económicas	149
2. El estrés en el entorno escolar	150
2.1. Empezar la escuela	150
2.2. Exigencias del aprendizaje y rendimiento académico	151
2.3. La disciplina escolar y el trato con el profesor	152
2.4. La integración en el grupo de iguales	153
2.5. Dificultades en el aprendizaje	154
3. El estrés en la relación con los iguales	155
3.1. Modelos incompetentes aprendidos en la familia	156
3.2. Dificultades para hacer amigos	156
3.3. El rechazo de los compañeros	158
4. El estrés en el ámbito de la salud	159
4.1. Enfermedad crónica	160
4.2. Hospitalización	161
4.3. Procedimientos médicos	163
5. Estrés causado por desastres naturales	164
6. Afrontamiento del estrés	164
Bibliografía	165

Capítulo 7. NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.	
¿CUÁLES SON Y CÓMO SE ABORDAN? FORTALECIMIENTO	
DE LA RESILIENCIA EN ESTOS NIÑOS 171	
Introducción	171
1. Necesidades de carácter transitorio	174
Problemas generales de aprendizaje	174
Trastornos de la comunicación y del lenguaje	176
Trastorno del lenguaje expresivo	177
Trastorno mixto del lenguaje	177
Trastorno fonológico	179
Tartamudeo	181
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	182
2. Necesidades educativas de carácter permanente	183
Deficiencias auditivas	183
Deficiencias visuales	184
Deficiencias motoras	184
Retraso mental	185
Sobredotación	186
Trastornos del desarrollo	187
Concepto de desarrollo. Plasticidad cerebral	189
3. Intervención con el niño con necesidades educativas especiales	192
1. Establecimiento de vínculos seguros	192
2. Desarrollo de la afectividad	193
3. Fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación y sociales.	194
4. Intervención con padres	195
5. Intervención con el profesorado	196
6. Bibliografía recomendada	198
7. Bibliografía	199
8. Webgrafía	202
Capítulo 8. INTERVENCIONES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Y EL BIENESTAR 203	
Introducción	203
1. Programas de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia	204
2. Promoción de la lactancia materna	207
3. Intervenciones en alimentación infantil	212
4. Prevención de la obesidad infantil	217

5. Valoración del crecimiento	220
6. Valoración del desarrollo psicomotor	221
7. Prevención de enfermedades transmisibles. Vacunas	224
8. Actividades preventivas sobre el tabaco alcohol y drogas	226
8.1. Programas de prevención en la escuela	228
9. Detección del maltrato infantil	229
10. Prevención del embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes	235
Bibliografía	241
 <i>Capítulo 9. SITUACIÓN SOCIAL Y LEGISLATIVA DE LA INFANCIA EN ESPAÑA</i>	 245
 <i>Capítulo 10. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN SOCIODEMO- GRÁFICA DE LAS Y LOS MENORES DE EDAD EN ESPAÑA.</i>	 247
1. Análisis demográfico	247
1.1. Población menor de 18 años en España	247
1.2. Población extranjera menor de 18 años	251
1.3. Indicadores de natalidad y fecundidad	254
1.4. Indicadores de mortalidad infantil	260
2. El entorno familiar del menor	264
2.1. Familias y hogares en España	265
2.2. Características del gasto y condiciones de vida en los hogares españoles	268
2.3. Las relaciones familiares en los hogares españoles	274
2.4. Empleo del tiempo en el entorno familiar	276
2.5. Violencia intrafamiliar	280
3. Relaciones entre iguales	286
3.1. Violencia entre iguales	289
3.2. Violencia de género en parejas adolescentes	294
4. Menores de edad en el sistema de protección	301
4.1. Medidas de protección	304
 <i>Capítulo 11. POBREZA Y DESIGUALDAD</i>	 313
1. Pobreza, inequidad y vulnerabilidad	315
1.1. Pobreza absoluta y pobreza relativa	315
1.2. Riesgo de pobreza	317
1.3. Transferencias sociales y su papel en la reducción de la pobreza.	319

1.4.	Gravedad, persistencia e intensidad de la pobreza	321
1.5.	Pobreza y exclusión social	325
1.6.	Intensidad del trabajo, desempleo y educación	327
1.7.	Dificultades económicas, reducción del gasto y carencias materiales	332
1.8.	Desigualdad económica	338
2.	Menores vulnerables o en desventaja social	340
2.1.	Niñez inmigrada o de origen inmigrante	341
2.2.	Infancia de la comunidad gitana en riesgo de pobreza o exclusión social	343
2.3.	Desahucios por impago de vivienda	344
2.4.	Delitos contra el orden socioeconómico	345
3.	Efectos de la pobreza y resiliencia	347
	Bibliografía	352
 <i>Capítulo 12. REGULACIÓN DEL DERECHO DE FAMILIA Y DEL MENOR</i>		359
I.	Introducción	359
II.	Objetivos	359
III.	Desarrollo de la unidad didáctica	360
1.	La configuración actual de la familia. Su evolución	360
2.	El matrimonio	361
2.1.	Capacidad, consentimiento y forma del matrimonio	361
2.1.1.	La capacidad	361
2.1.2.	El consentimiento	362
2.1.3.	Forma del matrimonio	362
2.2.	Los efectos personales y patrimoniales del matrimonio ..	363
2.2.1.	El aspecto personal	363
2.2.2.	El aspecto patrimonial	363
3.	La nulidad, el divorcio y la separación del matrimonio	364
3.1.	La nulidad	365
3.2.	El divorcio	366
3.3.	La separación	367
3.4.	El convenio regulador	368
4.	Las uniones de hecho	368
5.	La filiación	369
6.	La patria potestad	370
6.1.	Sujetos de la patria potestad	371
6.1.1.	Los progenitores	371

6.1.2.	Los hijos	371
6.2.	Contenido de la patria potestad	371
6.2.1.	La esfera personal	372
6.2.2.	La esfera patrimonial y de representación	372
6.2.2.1.	La facultad de administración	372
6.2.2.2.	La facultad de representación	373
6.3.	Privación, suspensión, recuperación, extinción, rehabilitación y prórroga de la patria potestad	373
7.	La adopción	375
7.1.	Concepto	375
7.2.	Requisitos de la adopción	375
7.2.1.	Requisitos del adoptante/s	375
7.2.2.	Requisitos del adoptado	376
7.3.	Procedimiento de la adopción	377
7.3.1.	Propuesta de la entidad pública competente	377
7.3.2.	Procedimiento judicial	377
7.4.	Efectos	379
8.	Las instituciones tutelares	381
8.1.	La tutela	381
8.1.1.	Concepto y constitución de la tutela	381
8.1.2.	Nombramiento del tutor/es	382
8.1.3.	Contenido de la tutela: funciones y obligaciones del tutor	383
8.1.4.	Remoción y extinción de la tutela	384
8.2.	La curatela	385
8.3.	El defensor judicial	386
9.	Las medidas de protección del menor en situación de conflictividad socio-familiar	386
9.1.	Riesgo	387
9.2.	Desamparo	387
9.3.	Tutela <i>ex lege</i>	388
9.4.	Guarda administrativa	389
9.5.	Acogimiento familiar	390
9.5.1.	Concepto	390
9.5.2.	Sujetos intervinientes	390
9.5.3.	Constitución del acogimiento familiar	391
9.5.4.	Modalidades del acogimiento familiar	391

9.5.5. Cesación del acogimiento familiar	392
9.6. Acogimiento residencial	392
IV. Bibliografía consultada	393
V. Bibliografía recomendada	394
VI. Actividad	394
<i>Capítulo 13. EL BUEN TRATO A LA INFANCIA: QUALITY FOR CHILDREN. DIRECTRICES INTERNACIONALES PARA LA PROTECCIÓN INFANTIL</i>	397
1. La protección del menor	397
2. Los derechos del niño	398
3. ¿Cómo puede un menor hacer valer sus derechos?	400
4. Los niños que no pueden vivir con sus familias biológicas	400
4.1. Las directrices de naciones unidas	400
4.2. Estándares de calidad Q4C	402
Referencias bibliográficas	434
<i>Apéndice. CUIDA DE MÍ. PROGRAMA DE ALDEAS INFANTILES SOS ESPAÑA</i>	435
1. Desarrollo de programas para el fortalecimiento de la resiliencia de Aldeas Infantiles SOS	439
2. Aldeas Infantiles SOS	445
1. ¿Qué es Aldeas Infantiles?	445
2. Aldeas Infantiles SOS en España	446
3. Los principios de Aldeas Infantiles SOS	447
4. Nuestros programas	448
5. Cómo realizamos nuestro trabajo	451
Código ético	451
Visión, misión y valores de Aldeas Infantiles SOS	452
Calidad	452
Formación	453
Abogamos por	454
6. Cómo se financia Aldeas Infantiles SOS	455
3. Programas de prevención primaria	459
3.1. Granja escuela	459
3.2. Intervención educativo-terapéutica asistida con caballos. Proyecto «Malvaseda»	469

3.3. Los centros de educación infantil	476
4. Programas de prevención secundaria	479
4.1. Programa de fortalecimiento familiar	479
4.2. Centros de día	480
4.3. Servicio de atención a la infancia y la familia (SAIF). Terapia familiar	487
4.4. Atención a familias monoparentales maternas	493
4.5. Atención a madres adolescentes	498
4.6. Orientación y mediación familiar	499
4.7. Aula de familias	500
4.8. Servicio de Atención Psicológica Infanto-juvenil (SAPI)	501
4.9. Asesoramiento familiar en problemas de conducta	502
4.10. Programa de apoyo al acogimiento en familia	503
4.11. Programa de jóvenes	514
4.12. Programa centro especial de empleo	522
4.13. Programas profesionales	525
4.14. Programas de educación de calle	526
5. Programas transversales	535
5.1. Programas de educación en valores	535
5.2. Programas de voluntariado	539
5.3. Observatorio de ética	550

CAPÍTULO 3
EL DESARROLLO A LO LARGO DE LA INFANCIA:
CONOCER A LOS NIÑOS

Purificación Sierra García

INTRODUCCIÓN

El desarrollo puede interpretarse como el progreso en la capacidad de los individuos para adaptarse a las demandas de un entorno cambiante. Un individuo que es, a su vez, cambiante y moldeable.

De hecho, el desarrollo ha de entenderse como un proceso complejo en el que se entrelazan la biología y el ambiente, la dotación genética y los diversos contextos de desarrollo, tanto sociales como físicos, desde los iniciales (fundamentalmente los iniciales) y aquellos otros que, estando más lejanos, también influyen en quién es y cómo será individuo. Así mismo, es un proceso de reorganizaciones continuas.

Desde esta perspectiva el individuo se construye, es decir, va conformándose por efecto de múltiples influencias. Esto significa que los individuos tienen senderos evolutivos propios, por los que transitan dependiendo de muchos factores. Esto no significa que no contemos, con un mapa general de cuáles son las capacidades y recursos típicos a lo largo de diferentes etapas de la vida y más profusamente, durante la infancia.

La Psicología del Desarrollo es la ciencia que se ocupa de describir, explicar y buscar cómo se produce ese progreso, y los factores que lo conforman. Esta disciplina, con el concurso de otras relacionadas con esta etapa de la vida como la Pediatría o la Educación nos ofrecen ese mapa del que hablábamos anteriormente.

Es necesario conocer qué es lo esperado en cada momento del desarrollo y cuáles son los factores que influyen en él. Este conocimiento nos permite, comprender el curso evolutivo, detectar señales que nos indiquen que el desarrollo puede estar en riesgo o que, de hecho, ya se ha producido un efecto no deseable. Pero lo más importante, nos permite intervenir, es decir, introducir estrategias y acciones correctoras que impidan que se produzca esa desviación, que la maten o que mitiguen sus efectos, de manera que las potencialidades del individuo puedan preservarse de alguna medida.

Este concepto se encuentra íntimamente relacionado con el de resiliencia que se ha abordado en otros capítulos y que resulta el eje central del libro. Una visión del niño como un ser provisto de potencialidades, progresando en la interacción, que puede modular efectos adversos, nos proporciona una perspectiva del niño y del entorno como agentes dinámicos, con capacidad para progresar, a veces a pesar de, las coordenadas en las que se esté produciendo el desarrollo.

Este capítulo tiene como objetivo presentar algunos de los hitos fundamentales del desarrollo en la infancia, de manera que el conocimiento sobre cuáles son las características del niño en estos momentos cruciales del desarrollo sirva como una pequeña ilustración de nuestra capacidad para, en definitiva, ayudar a construir posibilidades de desarrollo.

1. EL DESARROLLO SE GESTA ANTES DE NACER

Como se ha dicho, el desarrollo ha de entenderse como un proceso que comienza desde la concepción. Durante las 40 semanas de gestación, se producen cambios cuantitativos y cualitativos en el embrión y más tarde en el feto.

Sus estructuras, órganos, la conexión entre ellas y sus funciones, se irán refinando a lo largo de todo ese tiempo, con el concurso tanto de la información genética aportada por los padres como por la influencia del entorno. Hemos señalado ya, que no podemos entender el desarrollo en toda su complejidad, si no lo contemplamos como la interacción constante entre el individuo y el medio (los diferentes contextos) en los que se desarrolla.

Sin embargo, para comprender adecuadamente los factores que explican el desarrollo, hemos de ampliar nuestro foco. Necesitamos tener en cuenta factores que, incluso antes y durante la gestación, pueden matizar el progreso en las capacidades de todos los individuos.

Si el desarrollo es un proceso complejo, que se «nutre» del mundo físico y social y si, además, ese desarrollo es continuo a lo largo de la vida, es evidente que los padres y su entorno, sus procesos de desarrollo, sus trayectorias vitales y el entorno del nacimiento, son elementos esenciales para comprender el progreso del nuevo ser. Los padres aportan su ADN biológico, pero también, su ADN psicológico y social. Incluso antes de la concepción, las histo-

rias vitales de los progenitores, sus características como seres psicológicos y sociales, sus propios procesos de desarrollo, matizan el ser humano que se está formando y su propio proceso de desarrollo.

Tener en cuenta estas «variables previas» tiene una triple funcionalidad: por una parte, nos servirán para explicar en gran medida quién y cómo es el bebé; por otra, nos permitirá realizar detecciones tempranas de problemas, riesgos o amenazas para el desarrollo del niño y, como consecuencia de ello, nos permitirá intervenir de manera temprana y eficaz.

El concepto de factor de Riesgo para el desarrollo, se refiere a todos aquellos agentes y variables que pueden desviar o alterar el curso del desarrollo óptimo. Desde el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) y la Organización Diagnostica para la Atención Temprana (2005, 2011), se señalan una serie de factores que, organizados en torno a las categorías Biológica, Familiar o del Entorno, son fuente de posibles incidencia negativa en el desarrollo.

Podemos denominar Factores de Riesgo Biológico a aquellos que ponen en peligro el proceso de neurodesarrollo y que han estado presentes, en periodo prenatal o aparecen durante las etapas peri o postnatales tempranas. En la tabla siguiente, se clasifican atendiendo a su incidencia en la etapa prenatal, perinatal y postnatal, estos factores de riesgo.

Tabla 1. Factores de Riesgo Biológico para el desarrollo.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO
PRENATALES
<ul style="list-style-type: none"> • Otros factores que pueden afectar al feto. • Cromosopatías y síndromes dismórficos. • Neurometabolopatías. • Malformaciones del Sistema Nervioso Central. • Hidrocefalia congénita. • Patología Craneal. • Síndrome malformativo somático con riesgo de trastorno del desarrollo neuro-psicosensorial. • Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.

-
- Administración de agentes tóxicos.
 - Administración de drogas que pueden afectar al embarazo.
 - Infecciones que pueden afectar al feto.
 - Insuficiencia placentaria.
-

PERINATALES

- Recién Nacido (RN) con peso <P 10 para su edad gestacional.
 - RN con peso inferior a 1500 grs.
 - Edad Gestacional inferior a 32 semanas.
 - RN con Apgar <3 al minuto o '7 a los cinco minutos.
 - RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
 - Asfixia severa.
 - RN con Hiperbilirrubinemia que precise exanguineotransfusión.
 - Convulsiones neonatales.
 - Sepsis, meningitis, o encefalitis neonatal.
 - Disfunción neurológica persistente (más de siete días).
 - Administración de amino glucósidos, agentes ototóxicos durante periodo prolongado.
-

POSTNATALES

- Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central.
 - Traumatismo craneoencefálico.
 - Hidrocefalia adquirida.
 - Daño cerebral observado por neuroimagen.
 - Otitis media crónica o recidivantes.
-

Por su parte, los denominados Factores de Riesgo que provienen de la Familia, aglutinan aquellas circunstancias de interacción que no siendo saludables suponen una mayor probabilidad de que se altere el desarrollo. Estos factores aparecen en la tabla siguiente.

Tabla 2. Factores familiares que suponen un riesgo para el desarrollo.

FACTORES FAMILIARES DE RIESGO	
CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de los padres: inferior a 20/superior a 40. • Drogodependencias. • Diagnósticos de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental. • Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos. 	
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura familiar y/o situaciones críticas. • Ambientes familiares gravemente alterados. • Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico. • Exclusión social. • Familia desestructurada. 	
ESTRÉS	
Durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en programas de Reproducción asistida. • Ruptura familiar y situaciones críticas. • Embarazos no aceptados, accidentales/traumatizantes (p.e. violación). • Embarazos múltiples. • Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).
Periodo neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Parto múltiple. • Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformaciones somáticas. • Hospitalización. • Separación temprana traumática. • Gemelos, trillizos o más.

	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformaciones somáticas. • Situaciones de maltrato físico o psicológico.
Periodo postnatal	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura familiar y situaciones críticas. • Depresión postparto materna. • Niños con hospitalizaciones prolongada y/o frecuentes. • Cambios continuos de cuidadores. • Institucionalización. • Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).

Por último, un tercer grupo de Factores de Riesgo son los ambientales. Contemplan a aquellas circunstancias o elementos que comprometen o pueden comprometer el desarrollo óptimo del niño y que provienen de los contextos de crianza así como los recursos que no proveen de las circunstancias óptimas para el desarrollo. Estos factores se presentan en la tabla que aparece a continuación.

Tabla 3. Factores de Riesgo para el desarrollo que provienen de los contextos de crianza.

FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO
ENTORNOS AMBIENTALES ESTRESANTES
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda. • Condiciones no adaptadas a las necesidades higiénico-sanitarias-de cuidado del niño. • Nacimiento o permanencia en prisión. • Hospitalización prolongada. • Institucionalización. • Hiperestimulación. • Hipoestimulación. • Dificultades del entorno para administrar/proveer cuidados nutricionales adecuados.

-
- Dificultades del entorno para establecer y mantener rutinas saludables (comida, sueño, limpieza).
 - Entornos no facilitadores de seguridad y autonomía del niño.
 - Inaccesibilidad o dificultad de acceso a los adultos cuidadores principales.
 - Pérdida de referente emocional para el niño.
 - Entornos violentos o exposición infantil a situaciones violentas.
 - Prácticas de crianza inadecuadas (negligentes, hostiles, atemorizadoras, sobreprotectoras, etc.).
-

ENTORNOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL

- Condiciones familiares de privación social/cultural/emocional extrema.
 - Familias con dificultad de acceso a recursos sociales.
-

Es importante señalar que un Factor de Riesgo por sí solo es, únicamente, un elemento a tener en cuenta por los profesionales cuyo objetivo es el promocionar y guiar un adecuado desarrollo del niño. Pero es la interacción entre distintos Factores de Riesgo y la inacción del entorno respecto a su detección e intervención, lo que compromete verdaderamente el desarrollo óptimo.

Es imprescindible tener una visión del desarrollo como acompañado de una tendencia natural al progreso. En este sentido, queremos poner el foco en la capacidad del ser humano para afrontar retos y superarlos si bien, en algunas ocasiones, más cuanto más vulnerable es (y la infancia es uno de los periodos de mayor vulnerabilidad) necesita ser guiado y ayudado.

Este es un concepto muy importante porque lleva aparejado el de resiliencia que hemos visto de forma breve en la introducción y que guía todo este manual. Una ayuda inestimable a la construcción de la capacidad de resistir y afrontar la adversidad en el desarrollo es la consideración de los Factores de Protectores.

No debe confundirse los Factores Protectores con la ausencia de Factores de Riesgo. Hemos de entender los Factores Protectores como aquellos agentes o acciones que tienen o pueden tener la capacidad de: a) promover el desarrollo individual y familiar, sea cual sea el punto de partida del niño y su familia o b) minimizar los efectos de las alteraciones o complicaciones en el desarrollo del niño y su contexto. Entre los fundamentales se encuentran una buena vinculación entre el niño y sus cuidadores principales (más concretamente, sus figuras de apego) y un entorno adecuadamente estimulante y salu-

dable. Las políticas de protección a la infancia y la familia en los ámbitos de la salud y la educación, los programas y protocolos de intervención temprana así como los de seguimiento infantil de niños sanos y, sobre todo, los provenientes de poblaciones de riesgo, resultan un elemento clave para la promoción del desarrollo. Nunca es pronto para empezar.

Como hemos dicho, el desarrollo es un proceso continuo y que se expresa de manera diversa a lo largo de la vida. Es obvio que las capacidades y necesidades de los individuos son diferentes en diferentes etapas. Conocer y comprender algunas de las claves de cómo y cuál es el desarrollo esperable en cada una de ellas resulta muy útil para: a) comprender el fenómeno; b) saber qué es lo esperable para la edad; c) detectar signos de alarma; b) poner en manos de profesionales de la salud infantil todo aquello que inquiete a los padres. Sin embargo, es importante recordar que aunque contamos con un cuerpo de conocimiento suficiente para conocer cuándo es esperable que se produzca la aparición de ciertas capacidades clave, también lo es que el ritmo de desarrollo de cada niño es, individual.

Se escapa a los objetivos de este capítulo una exposición detallada de todos los hitos del desarrollo infantil en los diferentes ámbitos. Por ello, se han seleccionado alguno de los más relevantes y se han organizado, con fines de mejorar su seguimiento por parte del lector en tres etapas: El Recién Nacido, los dos primeros años de vida, la etapa preescolar y la edad escolar. Así mismo, hemos organizado el progreso en torno a ámbitos clave del desarrollo como son el desarrollo cognitivo, el progreso en la comunicación y el lenguaje, el desarrollo motor y el cambio en el ámbito emocional. Uno de los aspectos clave del desarrollo emocional pero con repercusiones en todos los demás ámbitos es la vinculación afectiva de apego. Dada su trascendencia y su potencia como Factor Protector o de Riesgo será objeto de un capítulo aparte en este libro.

2. EL RECIÉN NACIDO

Se denomina Recién Nacido (a partir de ahora RN) al periodo que va desde el nacimiento hasta el final del primer mes de vida. Las capacidades que presenta el RN son, en realidad, la puesta en práctica de sistemas y capacidades que tienen su origen en momentos anteriores y sobre las que se asentarán todos los progresos posteriores. Conocer y comprender las capacidades, habilidades y recursos de los niños en los momentos iniciales de su vida, nos da

información valiosa sobre la que fundamentar nuestras posibilidades de ayudarle a construir su desarrollo.

Durante las aproximadamente 40 semanas de gestación, el embrión primero y el feto después, ha ido creciendo y desarrollándose en un entorno evolutivo diseñado para madurar. En él, las funciones vitales de supervivencia, defensa y protección han sido asumidas por la madre. El nacimiento supone poner en marcha mecanismos innatos para asumir dichas funciones (otra cosa es que la vulnerabilidad extrema del RN hace que necesite para sobrevivir la ayuda de otros seres).

Una de las primeras señales de que el desarrollo intrauterino ha finalizado con éxito es la capacidad del bebé de adaptarse de manera dinámica a la nueva situación: el parto y el nacimiento. Desde ese momento, el bebé debe asumir, como decíamos funciones vitales de forma autónoma (respirar, tragar, el control de la temperatura, etc.). Durante los primeros minutos después del parto, esta asunción se realiza poniendo en juego mecanismos como el aumento de la tasa cardiaca o la frecuencia respiratoria, en un periodo que se denomina de reactividad. Durante las horas siguientes, este «desajuste adaptativo» se irá reconduciendo hasta que las constantes del bebé se regulen y se produzca un ajuste entre los sistemas del niño y sus reacciones ante estímulos internos y externos. Este periodo postnatal temprano se considera crítico y las adversidades que surjan en este momento pueden dejar graves secuelas que afecten al desarrollo normal.

Evaluar la capacidad del RN para adaptarse y reaccionar al medio extrauterino en los primeros minutos después del parto, es un elemento clave para la salud del niño y nos informa de posibles necesidades de intervención inmediata. La detección y prevención de fallos en los mecanismos de adaptación del recién nacido al mundo exterior, la evaluación de sus sistemas y funciones vitales, así como una atención temprana apropiada, son los aliados esenciales para asegurar un adecuado desarrollo.

El estado del RN se evalúa tomando en cuenta valores tanto biológicos como de neurodesarrollo, mediante pruebas clínicas y escalas que permiten a los profesionales descartar o seguir investigando alteraciones o riesgos de padecerlas, la más utilizada en nuestro país y en otros muchos es el Test de Apgar.

El test de Apgar evalúa cinco funciones vitales al minuto y a los 10 minutos después del nacimiento. El RN puede recibir entre 0 y 2 puntos en cada una de ellas. Se considera que los bebés que obtienen una puntuación de 4 o

menor, necesitan asistencia médica inmediata, siendo lo habitual que al minuto de nacer los bebés obtengan una puntuación entre 8 y 10. A continuación aparece la tabla de valoración diseñada por Virginia Apgar (1953).

Tabla 4. Test de Apgar (1953).

Signo	Puntuación		
	0	1	2
Ritmo cardíaco	Ausencia.	Lento. Menos de 100 puls./min.	Rápido. 100 o más puls./min.
Capacidad respiratoria	Ausencia.	Superficial, llanto débil y respiración irregular.	Llanto y respiración fuertes.
Reflejo de irritabilidad	No hay respuesta.	Respuesta débil. Muecas.	Respuesta refleja fuerte a la estimulación. Tos, llanto, estornudos vigorosos.
Tono muscular	Flácido.	Movimientos débiles y sin resistencia de brazos y piernas.	Los miembros resisten a la fuerza aplicada. Movimientos vigorosos y activos.
Color de la piel	Azulada o pálida.	Tronco rosado, pero los miembros presentan color azulado.	Todo el cuerpo rosado. Aspecto saludable.

Las reacciones del RN nos informan de la madurez y funcionalidad de sus mecanismos de regulación y adaptación, que es tanto como decir, su capacidad para afrontar los retos del desarrollo en los primeros momentos de vida fuera del entorno protector y «amortiguado» del útero materno.

Entre estas capacidades ocupan un lugar relevante los reflejos. Los reflejos son conductas innatas, que se activan de forma automática ante determinados estímulos con el objetivo de devolver la organización al sistema. Es decir, para volver a un estado anterior al desequilibrio que produjo el estímulo. La importancia de los reflejos es que, suponen además, un elemento

esencial en la evaluación y seguimiento del neurodesarrollo. En la desaparición o variaciones de los reflejos a lo largo de los primeros meses, se encuentra muy implicada la maduración del Sistema Nervioso y su persistencia, desaparición o evolución responden a un calendario evolutivo. Los profesionales de la salud infantil valoran la presencia, ausencia o persistencia en momentos «no indicados» de diferentes reacciones reflejas ante estímulos y ello es tomado como un indicador de que el desarrollo no se está produciendo de manera esperada y, en cualquier caso, se toma como un signo de alarma que ha de ser estudiado.

A continuación se presentan algunos de los reflejos más importantes, los estímulos que los provocan y su momento de desaparición en condiciones normales.

Tabla 5. Algunos de los reflejos del R.N.

Reflejo	Estímulo desencadenante	Respuesta	Significado	Evolución
Parpadeo	Luz directa sobre los ojos.	Cierre de ambos ojos.	Protección ante estímulos fuertes.	Permanente.
Patelar	Golpe en el tendón debajo de la rótula.	Extensión de la pierna.	No está presente en bebés deprimidos y es exagerado en bebés hiperexcitable.	Permanente pero es más pronunciado en los dos primeros días.
Babinski	Presión a lo largo de la planta del pie desde el talón a los dedos.	Flexión del dedo gordo, separación hacia fuera de los dedos. Torcer el pies hacia adentro.	No está presente en los bebés con daño en la columna vertebral inferior. Indicador de desmielinización en adultos. Puede ser un resto evolutivo de la especie.	Desaparece hacia el final del primer año.
Prensión con el pie	Presión contra la almohadilla del pie.	Encoger todos los dedos hacia adentro.	Su ausencia es síntoma de problemas en la columna vertebral inferior.	Desaparece entre los doce y dieciocho meses.

Reflejo de Búsqueda u rozamiento	Tocar la mejilla del bebé.	Gira la cabeza hacia el objeto e intenta chupar.	Ausente en bebés deprimidos y aparece en adultos con lesiones cerebrales.	Desaparece hacia los cuatro meses.
Reflejo de Moro	Un ruido fuerte. Dejar caer ligeramente la cabeza hacia atrás. Hacer que pierda ligeramente suspensión.	Movimientos de brazos y piernas similares a un abrazo	Su ausencia o debilidad indican alteraciones en el SNC. Podría tener una función temprana de asegurarse a la madre.	Desaparece hacia el quinto mes.
Reflejo tónico-cervical	Tumbar al bebé boca arriba.	Gira la cabeza hacia un lado y extiende la pierna y brazo de ese lado mientras flexiona los del contrario	Precursor de la coordinación ojo-mano.	Desaparece hacia el quinto mes.
Presión de la mano	Presión contra la palma de la mano.	Agarrar fuertemente el objeto.	Los bebés deprimidos no tienen o lo tienen de forma débil.	Desaparece hacia los 3 o 4 meses y después se aprende de forma voluntaria.
Reflejo de succión	Tocar los labios del bebé.	Succión rítmica.	Permite la alimentación y supervivencia.	Desde los 8 meses se convierte en acto voluntario.
Reflejo de marcha	Poner al bebé sobre una superficie plana moviéndolo e inclinándolo.	Pasos rítmicos	Ausente en bebés. Deprimidos. Precursor de la locomoción.	Desaparece a los tres meses y se aprende de forma voluntaria.
Reflejo de natación	Mantener al bebé boca abajo dentro del agua.	Movimientos alternos de brazos y piernas y exhalar aire por la boca.	Muestra la coordinación entre extremidades	Desaparece a los tres meses y se aprende de forma voluntaria.

Al igual que los reflejos, los estados de conciencia son elementos cruciales para el neurodesarrollo durante esta primera etapa de la vida. El SN del bebé