DESARROLLO Y CRECIMIENTO EN LA NIÑEZ

Paris, Ricardo, Rymond y Johnson
College of the Canyons

Desarrollo y crecimiento en la niñez

Una publicación de recursos educativos abiertos de College of the Canyons

Escrito y compilado por Jennifer Paris, Antoinette Ricardo, & Dawn Rymond

Editor: Alexa Johnson

Portada y gráficos: Ian Joslin

Versión 1.2

2019

This text is disseminated via the Open Education Resource (OER) LibreTexts Project (https://LibreTexts.org) and like the hundreds of other texts available within this powerful platform, it is freely available for reading, printing and "consuming." Most, but not all, pages in the library have licenses that may allow individuals to make changes, save, and print this book. Carefully consult the applicable license(s) before pursuing such effects.

Instructors can adopt existing LibreTexts texts or Remix them to quickly build course-specific resources to meet the needs of their students. Unlike traditional textbooks, LibreTexts' web based origins allow powerful integration of advanced features and new technologies to support learning.

The LibreTexts mission is to unite students, faculty and scholars in a cooperative effort to develop an easy-to-use online platform for the construction, customization, and dissemination of OER content to reduce the burdens of unreasonable textbook costs to our students and society. The LibreTexts project is a multi-institutional collaborative venture to develop the next generation of open-access texts to improve postsecondary education at all levels of higher learning by developing an Open Access Resource environment. The project currently consists of 14 independently operating and interconnected libraries that are constantly being optimized by students, faculty, and outside experts to supplant conventional paper-based books. These free textbook alternatives are organized within a central environment that is both vertically (from advance to basic level) and horizontally (across different fields) integrated.

The LibreTexts libraries are Powered by NICE CXOne and are supported by the Department of Education Open Textbook Pilot Project, the UC Davis Office of the Provost, the UC Davis Library, the California State University Affordable Learning Solutions Program, and Merlot. This material is based upon work supported by the National Science Foundation under Grant No. 1246120, 1525057, and 1413739.

Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation nor the US Department of Education.

Have questions or comments? For information about adoptions or adaptions contact info@LibreTexts.org. More information on our activities can be found via Facebook (https://facebook.com/Libretexts), Twitter (https://twitter.com/libretexts), or our blog (http://Blog.Libretexts.org).

This text was compiled on 03/12/2025

TABLE OF CONTENTS

Texto Preliminar

- Página del titulo
- Página de información
- Table of Contents
- Agradecimientos adicionales
- Licensing

1: Introducción al Desarrollo Infantil

- 1.1: Principios del desarrollo
- 1.2: Los períodos del desarrollo
- 1.3: Temas de desarrollo
- 1.4: Métodos de investigación
- 1.5: Teorías del desarrollo
- 1.S: Conclusión

2: Concepción, herencia y desarrollo prenatal

- 2.1: Herencia
- 2.2: Desarrollo prenatal
- 2.S: Conclusión

3: El parto y el recién nacido

- 3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
- 3.2: Nacimiento del bebé
- 3.3: El recién nacido
- 3.S: Conclusión

4: Desarrollo físico en recién nacidos e infantes

- 4.1: Rápidos cambios físicos
- 4.2: Proporciones del cuerpo
- 4.3: Reflejos
- 4.4: Destrezas de motricidad gruesa
- 4.5: Destrezas de motricidad fina
- 4.6: Capacidades Sensoriales
- 4.7: Nutrición
- 4.8: Salud
- 4.9: Sueño
- 4.S: Conclusión

5: Desarrollo cognitivo en los primeros años de vida

- 5.1: Piaget
- 5.2: Vygotsky
- 5.3: Marcadores cognitivos
- 5.4: Desarrollo lingüístico
- 5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
- 5.6: La memoria y la atención

- 5.S: Conclusión

6: Desarrollo social y emocional del pequeño en su primer año de vida

- 6.1: Temperamento o carácter
- 6.2: Personalidad
- 6.3: Emociones del bebé
- 6.4: Marcadores sociales y emocionales
- 6.5: Formación de apegos
- 6.6: Cuidado infantil
- 6.S: Conclusión

7: Desarrollo físico en la primera infancia

- 7.1: Crecimiento en la primera infancia
- 7.2: Preocupaciones nutricionales
- 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables
- 7.4: Desarrollo cerebral
- 7.5: Desarrollo de habilidades motrices
- 7.6: El sueño en la primera infancia
- 7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño
- 7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia
- 7.9: Salud en la primera infancia
- 7.10: Seguridad
- 7.S: Conclusión

8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia

- 8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
- 8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
- 8.3: Procesamiento de información
- 8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
- 8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo
- 8.6: Desarrollo Lingüístico
- 8.7: Educación en la primera infancia
- 8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia
- 8.9: Diferencias cognitivas
- 8.S: Conclusión

9: Desarrollo social y emocional en la primera infancia

- 9.1: Marcadores sociales y emocionales
- 9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo
- 9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa
- 9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género
- 9.5: Vida familiar
- 9.6: Compañeros
- 9.7: Juego
- 9.8: Comprensión social
- 9.9: Personalidad
- 9.10: Competencia social y emocional
- 9.11: Estrés y desarrollo infantil
- 9.S: Conclusión

10: Infancia media – Desarrollo físico

- 10.1: Desarrollo cerebral
- 10.2: El crecimiento físico
- 10.3: Necesidades nutricionales
- 10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
- 10.5: Salud física
- 10.6: Salud mental infantil
- 10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud
- 10.S: Conclusión

11: Infancia media – Desarrollo cognitivo

- 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia
- 11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget
- 11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner
- 11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas
- 11.5: Procesos cognitivos
- 11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién
- 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar
- 11.8: Introducción a la lingüística
- 11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés
- 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
- 11.11: Aprendiendo a leer
- 11.12: Dificultades de aprendizaje
- 11.S: Conclusión

12: Infancia media - Desarrollo social y emocional

- 12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo
- 12.2: Autocomprensión
- 12.3: Motivación como auto-eficacia
- 12.4: Identidad de género
- 12.5: Niño y la familia
- 12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros
- 12.7: Relaciones de compañeros
- 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas
- 12.S: Conclusión

13: Adolescencia - Desarrollo físico

- 13.1: El crecimiento físico
- 13.2: El crecimiento del cerebro
- 13.3: Los cambios físicos en la adolescencia
- 13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
- 13.5: Mantener la salud emocional
- 13.6: Trastornos y síndromes
- 13.S: Conclusión

14: Adolescencia – Desarrollo cognitivo

- 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
- 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
- 14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
- 14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento

- 14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
- 14.6: Sabiduría y toma de riesgos
- 14.S: Conclusión

15: Adolescencia - Desarrollo social y emocional

- 15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
- 15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
- 15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
- 15.4: Desarrollo de la identidad de género
- 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
- 15.6: Comunidad, sociedad y cultura
- 15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes
- 15.8: Desarrollo de la identidad sexual
- 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
- 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
- 15.11: Violencia y abuso
- 15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta
- 15.S: Conclusión

Apéndices

- Índice
- Glossary
- Detailed Licensing

Agradecimientos adicionales

Jennifer Paris

Mis sinceros agradecimientos a:

Mi departamento, incluidos mis colegas docentes de tiempo completo, Cindy Stephens y Wendy Ruiz, quienes me apoyaron para obtener la subvención que financió este libro y confiaron en el propósito de nuestro trabajo de REA.

James Glapa-Grossklag por arriesgarse a trabajar conmigo en esta subvención antes de que él realmente me conociera y por todas las oportunidades que me brindaron desde entonces.

Brian Weston por su liderazgo, orientación y simplemente por estar allí para ayudar a facilitar el sorprendente proyecto del que forma parte este libro.

Alexa Johnson por su arduo trabajo en el libro y por colocar las palabras e imágenes en las páginas para convertirlas en este hermoso libro.

Chloe McGinley, Joy Shoemate, Trudi Radtke, y el personal de REA y educación en línea que me ayudaron a mantener la cordura en este proyecto.

Mis coautores, Antoinette Ricardo y Dawn Rymond, por sus incansables esfuerzos y colaboración.

Mis colegas revisores, Michelle Hancock, Gina Peterson, y Ashlei Snead por su punto de vista respecto al libro y su trabajo para mejorar el mismo.

Los estudiantes de ECE 101 de la primavera de 2019 en el College of the Canyons por poner a prueba el libro de texto, capítulo por capítulo con nosotros y proporcionar comentarios y contenido que pueden usarse para crear recursos complementarios.

Mi familia, especialmente mis hijos Ashlynn y Aidan, por comprender los compromisos de tiempo y energía que se invirtieron en este libro, el proyecto más amplio del que forma parte y mi defensa de los REA.

Amanda Taintor, mi colega, por ser una gran colaboradora y aliada en el desarrollo y promoción de REA en la educación en la primera infancia.

La comunidad más grande de REA que me mantiene pensando y a la vez impulsa mi comprensión de lo que es abierto, y lo qué debería ser, y qué función desempeño dentro del mismo.

Jennifer Paris

Antoinette Ricardo

Ante todo, me gustaría agradecer a Dios por bendecirme con un trabajo increíble que me permite enseñar y crecer todos los días. Gracias a College of the Canyons y a todo nuestro equipo de REA por hacer realidad esta visión. Un agradecimiento especial a Jennifer Paris, que no solo me asesoró, y fue una gran amiga, sino que también nos guio en todo este viaje de REA. Estoy agradecida de trabajar para un departamento tan maravilloso que sienta las bases para un crecimiento positivo en los niños.

Gracias a mis padres y a mi hermano, cuyo amor y apoyo me llevaron a donde estoy hoy. A mi esposo, Andrés, gracias por creer siempre en mí e impulsarme a ser lo mejor que puedo ser, te amo.

A mis hijos, Manolo y Paloma; Este libro es para ustedes. Todos los días, son mi inspiración. ¡Mamita los ama!

Antoinette Ricardo

Dawn Rymond

Escribir y contribuir a este libro de texto ha sido una labor movida por el amor. Espero que después de que los estudiantes adquieran conocimiento, continúen inspirados para aprender y tengan un papel positivo en la vida de los niños.

Quisiera agradecer especialmente al College of the Canyons, departamento de ECE. He sido muy afortunada de formar parte de este destacado equipo de Recursos Educativos Abiertos (REA), que ha sido una experiencia de apoyo y colaboración. Me gustaría agradecer a Jennifer Paris, quien fue la conductora de la subvención que financió la creación de este y otros libros de REA para nuestro departamento.

Estoy continuamente agradecido con mi familia. Gracias, Nick, Jake y Jordan, por su continuo amor y apoyo.

“La educación no es la preparación para la vida; la educación es la vida misma".

-John Dewey

Dawn Rymond

Licensing

*A detailed breakdown of this resource's licensing can be found in **Back Matter/Detailed Licensing**.*

CHAPTER OVERVIEW

Texto Preliminar

- Página del titulo
- Página de información
- Table of Contents
- Agradecimientos adicionales
- Licensing

Desarrollo y crecimiento en la niñez

Una publicación de recursos educativos abiertos de College of the Canyons

Escrito y compilado por Jennifer Paris, Antoinette Ricardo, & Dawn Rymond

Editor: Alexa Johnson

Portada y gráficos: Ian Joslin

Versión 1.2

2019

This text is disseminated via the Open Education Resource (OER) LibreTexts Project (https://LibreTexts.org) and like the hundreds of other texts available within this powerful platform, it is freely available for reading, printing and "consuming." Most, but not all, pages in the library have licenses that may allow individuals to make changes, save, and print this book. Carefully consult the applicable license(s) before pursuing such effects.

Instructors can adopt existing LibreTexts texts or Remix them to quickly build course-specific resources to meet the needs of their students. Unlike traditional textbooks, LibreTexts' web based origins allow powerful integration of advanced features and new technologies to support learning.

The LibreTexts mission is to unite students, faculty and scholars in a cooperative effort to develop an easy-to-use online platform for the construction, customization, and dissemination of OER content to reduce the burdens of unreasonable textbook costs to our students and society. The LibreTexts project is a multi-institutional collaborative venture to develop the next generation of open-access texts to improve postsecondary education at all levels of higher learning by developing an Open Access Resource environment. The project currently consists of 14 independently operating and interconnected libraries that are constantly being optimized by students, faculty, and outside experts to supplant conventional paper-based books. These free textbook alternatives are organized within a central environment that is both vertically (from advance to basic level) and horizontally (across different fields) integrated.

The LibreTexts libraries are Powered by NICE CXOne and are supported by the Department of Education Open Textbook Pilot Project, the UC Davis Office of the Provost, the UC Davis Library, the California State University Affordable Learning Solutions Program, and Merlot. This material is based upon work supported by the National Science Foundation under Grant No. 1246120, 1525057, and 1413739.

Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation nor the US Department of Education.

Have questions or comments? For information about adoptions or adaptions contact info@LibreTexts.org. More information on our activities can be found via Facebook (https://facebook.com/Libretexts), Twitter (https://twitter.com/libretexts), or our blog (http://Blog.Libretexts.org).

This text was compiled on 03/12/2025

TABLE OF CONTENTS

Texto Preliminar

- Página del titulo
- Página de información
- Table of Contents
- Agradecimientos adicionales
- Licensing

1: Introducción al Desarrollo Infantil

- 1.1: Principios del desarrollo
- 1.2: Los períodos del desarrollo
- 1.3: Temas de desarrollo
- 1.4: Métodos de investigación
- 1.5: Teorías del desarrollo
- 1.S: Conclusión

2: Concepción, herencia y desarrollo prenatal

- 2.1: Herencia
- 2.2: Desarrollo prenatal
- 2.S: Conclusión

3: El parto y el recién nacido

- 3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
- 3.2: Nacimiento del bebé
- 3.3: El recién nacido
- 3.S: Conclusión

4: Desarrollo físico en recién nacidos e infantes

- 4.1: Rápidos cambios físicos
- 4.2: Proporciones del cuerpo
- 4.3: Reflejos
- 4.4: Destrezas de motricidad gruesa
- 4.5: Destrezas de motricidad fina
- 4.6: Capacidades Sensoriales
- 4.7: Nutrición
- 4.8: Salud
- 4.9: Sueño
- 4.S: Conclusión

5: Desarrollo cognitivo en los primeros años de vida

- 5.1: Piaget
- 5.2: Vygotsky
- 5.3: Marcadores cognitivos
- 5.4: Desarrollo lingüístico
- 5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
- 5.6: La memoria y la atención

- 5.S: Conclusión

6: Desarrollo social y emocional del pequeño en su primer año de vida

- 6.1: Temperamento o carácter
- 6.2: Personalidad
- 6.3: Emociones del bebé
- 6.4: Marcadores sociales y emocionales
- 6.5: Formación de apegos
- 6.6: Cuidado infantil
- 6.S: Conclusión

7: Desarrollo físico en la primera infancia

- 7.1: Crecimiento en la primera infancia
- 7.2: Preocupaciones nutricionales
- 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables
- 7.4: Desarrollo cerebral
- 7.5: Desarrollo de habilidades motrices
- 7.6: El sueño en la primera infancia
- 7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño
- 7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia
- 7.9: Salud en la primera infancia
- 7.10: Seguridad
- 7.S: Conclusión

8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia

- 8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
- 8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
- 8.3: Procesamiento de información
- 8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
- 8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo
- 8.6: Desarrollo Lingüístico
- 8.7: Educación en la primera infancia
- 8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia
- 8.9: Diferencias cognitivas
- 8.S: Conclusión

9: Desarrollo social y emocional en la primera infancia

- 9.1: Marcadores sociales y emocionales
- 9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo
- 9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa
- 9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género
- 9.5: Vida familiar
- 9.6: Compañeros
- 9.7: Juego
- 9.8: Comprensión social
- 9.9: Personalidad
- 9.10: Competencia social y emocional
- 9.11: Estrés y desarrollo infantil
- 9.S: Conclusión

10: Infancia media – Desarrollo físico

- 10.1: Desarrollo cerebral
- 10.2: El crecimiento físico
- 10.3: Necesidades nutricionales
- 10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
- 10.5: Salud física
- 10.6: Salud mental infantil
- 10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud
- 10.S: Conclusión

11: Infancia media – Desarrollo cognitivo

- 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia
- 11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget
- 11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner
- 11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas
- 11.5: Procesos cognitivos
- 11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién
- 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar
- 11.8: Introducción a la lingüística
- 11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés
- 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
- 11.11: Aprendiendo a leer
- 11.12: Dificultades de aprendizaje
- 11.S: Conclusión

12: Infancia media - Desarrollo social y emocional

- 12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo
- 12.2: Autocomprensión
- 12.3: Motivación como auto-eficacia
- 12.4: Identidad de género
- 12.5: Niño y la familia
- 12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros
- 12.7: Relaciones de compañeros
- 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas
- 12.S: Conclusión

13: Adolescencia - Desarrollo físico

- 13.1: El crecimiento físico
- 13.2: El crecimiento del cerebro
- 13.3: Los cambios físicos en la adolescencia
- 13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
- 13.5: Mantener la salud emocional
- 13.6: Trastornos y síndromes
- 13.S: Conclusión

14: Adolescencia – Desarrollo cognitivo

- 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
- 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
- 14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
- 14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento

- 14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
- 14.6: Sabiduría y toma de riesgos
- 14.S: Conclusión

15: Adolescencia - Desarrollo social y emocional

- 15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
- 15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
- 15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
- 15.4: Desarrollo de la identidad de género
- 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
- 15.6: Comunidad, sociedad y cultura
- 15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes
- 15.8: Desarrollo de la identidad sexual
- 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
- 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
- 15.11: Violencia y abuso
- 15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta
- 15.S: Conclusión

Apéndices

- Índice
- Glossary
- Detailed Licensing

Agradecimientos adicionales

Jennifer Paris

Mis sinceros agradecimientos a:

Mi departamento, incluidos mis colegas docentes de tiempo completo, Cindy Stephens y Wendy Ruiz, quienes me apoyaron para obtener la subvención que financió este libro y confiaron en el propósito de nuestro trabajo de REA.

James Glapa-Grossklag por arriesgarse a trabajar conmigo en esta subvención antes de que él realmente me conociera y por todas las oportunidades que me brindaron desde entonces.

Brian Weston por su liderazgo, orientación y simplemente por estar allí para ayudar a facilitar el sorprendente proyecto del que forma parte este libro.

Alexa Johnson por su arduo trabajo en el libro y por colocar las palabras e imágenes en las páginas para convertirlas en este hermoso libro.

Chloe McGinley, Joy Shoemate, Trudi Radtke, y el personal de REA y educación en línea que me ayudaron a mantener la cordura en este proyecto.

Mis coautores, Antoinette Ricardo y Dawn Rymond, por sus incansables esfuerzos y colaboración.

Mis colegas revisores, Michelle Hancock, Gina Peterson, y Ashlei Snead por su punto de vista respecto al libro y su trabajo para mejorar el mismo.

Los estudiantes de ECE 101 de la primavera de 2019 en el College of the Canyons por poner a prueba el libro de texto, capítulo por capítulo con nosotros y proporcionar comentarios y contenido que pueden usarse para crear recursos complementarios.

Mi familia, especialmente mis hijos Ashlynn y Aidan, por comprender los compromisos de tiempo y energía que se invirtieron en este libro, el proyecto más amplio del que forma parte y mi defensa de los REA.

Amanda Taintor, mi colega, por ser una gran colaboradora y aliada en el desarrollo y promoción de REA en la educación en la primera infancia.

La comunidad más grande de REA que me mantiene pensando y a la vez impulsa mi comprensión de lo que es abierto, y lo qué debería ser, y qué función desempeño dentro del mismo.

Jennifer Paris

Antoinette Ricardo

Ante todo, me gustaría agradecer a Dios por bendecirme con un trabajo increíble que me permite enseñar y crecer todos los días. Gracias a College of the Canyons y a todo nuestro equipo de REA por hacer realidad esta visión. Un agradecimiento especial a Jennifer Paris, que no solo me asesoró, y fue una gran amiga, sino que también nos guio en todo este viaje de REA. Estoy agradecida de trabajar para un departamento tan maravilloso que sienta las bases para un crecimiento positivo en los niños.

Gracias a mis padres y a mi hermano, cuyo amor y apoyo me llevaron a donde estoy hoy. A mi esposo, Andrés, gracias por creer siempre en mí e impulsarme a ser lo mejor que puedo ser, te amo.

A mis hijos, Manolo y Paloma; Este libro es para ustedes. Todos los días, son mi inspiración. ¡Mamita los ama!

Antoinette Ricardo

Dawn Rymond

Escribir y contribuir a este libro de texto ha sido una labor movida por el amor. Espero que después de que los estudiantes adquieran conocimiento, continúen inspirados para aprender y tengan un papel positivo en la vida de los niños.

Quisiera agradecer especialmente al College of the Canyons, departamento de ECE. He sido muy afortunada de formar parte de este destacado equipo de Recursos Educativos Abiertos (REA), que ha sido una experiencia de apoyo y colaboración. Me gustaría agradecer a Jennifer Paris, quien fue la conductora de la subvención que financió la creación de este y otros libros de REA para nuestro departamento.

Estoy continuamente agradecido con mi familia. Gracias, Nick, Jake y Jordan, por su continuo amor y apoyo.

“La educación no es la preparación para la vida; la educación es la vida misma".

-John Dewey

Dawn Rymond

Licensing

*A detailed breakdown of this resource's licensing can be found in **Back Matter/Detailed Licensing**.*

CHAPTER OVERVIEW

1: Introducción al Desarrollo Infantil

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo podrás:

- Describir los principios que subyacen en el desarrollo.
- Diferenciar los períodos del desarrollo humano.
- Evaluar los problemas en el desarrollo infantil.
- Distinguir los diferentes métodos de investigación.
- Explicar lo que es una teoría.
- Comparar y contrastar diferentes teorías del desarrollo infantil.

Bienvenidos al crecimiento y desarrollo infantil. En este segmento presentaremos el cómo y el por qué los niños crecen, se desarrollan y aprenden.

Veremos cómo cambiamos físicamente al pasar el tiempo, desde la concepción hasta la adolescencia. Analizaremos el cambio cognitivo, o cómo nuestra capacidad de pensar y recordar cambia durante los primeros 20 años de vida. Y vamos a ver cómo nuestras emociones, el estado psicológico y las relaciones sociales cambian a lo largo de la infancia y la adolescencia.

1.1: Principios del desarrollo
1.2: Los períodos del desarrollo
1.3: Temas de desarrollo
1.4: Métodos de investigación
1.5: Teorías del desarrollo
1.S: Conclusión

This page titled 1: Introducción al Desarrollo Infantil is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

1.1: Principios del desarrollo

Hay varios principios subyacentes del desarrollo a tener en cuenta:

- El desarrollo es permanente y el cambio es evidente a lo largo de la vida (aunque este texto termina con la adolescencia). Y las primeras experiencias afectan el desarrollo posterior.
- El desarrollo es multidireccional. Mostramos ganancias en algunas áreas de desarrollo, al tiempo que pérdidas en otras áreas.
- El desarrollo es multidimensional. Cambiamos a través de tres dominios o dimensiones generales; físico, cognitivo, emocional y social.
    - El dominio físico incluye cambios en la altura y el peso, cambios en las habilidades motoras gruesas y finas, las capacidades sensoriales, el sistema nervioso, así como la tendencia a la enfermedad y las dolencias.
    - El dominio cognitivo, abarca los cambios en la inteligencia, la sabiduría, la percepción, la resolución de problemas, la memoria y el lenguaje.
    - El dominio social y emocional (también conocida como psicosocial) se centra en los cambios de la emoción, la autopercepción, y las relaciones interpersonales con la familia, compañeros y amigos.
- Los tres dominios se influyen entre sí. También es importante tener en cuenta que un cambio en un dominio puede caer en cascada y provocar cambios en los otros dominios.
- El desarrollo se caracteriza por la plasticidad, es nuestra capacidad de cambio y que muchas de nuestras características son maleables. Las primeras experiencias son muy importantes, pero los niños son notablemente resistentes (capaces de superar la adversidad).
- El desarrollo es multicontextual.[2] Estamos influenciados tanto por la naturaleza (genética) y por la crianza (el medio ambiente) cuando y donde vivimos y nuestras acciones, las creencias y los valores son una respuesta a las circunstancias que nos rodean. Lo importante aquí es entender que los comportamientos, las motivaciones, las emociones, y las elecciones son partes de un panorama más amplio.[3]

Ahora veamos algunas etapas del desarrollo

Contribuyentes y atribuciones

2. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Jennifer Paris)
3. Introduction to Lifespan, Growth and Development por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 1.1: Principios del desarrollo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

1.2: Los períodos del desarrollo

Pensemos en que periodos del desarrollo tendríamos que abordar en un curso sobre el desarrollo infantil. ¿Cuántas etapas hay en tu lista? Quizás tienes tres: la infancia, la niñez y la adolescencia. Los desarrollistas (aquellos que estudian el desarrollo) dividen esta parte de la vida en cinco etapas de la siguiente manera:

- Desarrollo prenatal (desde la concepción hasta el nacimiento)
- Primera infancia (desde el nacimiento hasta los 2 años)
- Infancia temprana (desde los 3 hasta los 5 años)
- Infancia media (desde los 6 hasta los 11 años)
- La adolescencia (desde los 12 años a la edad adulta)

Esta lista refleja aspectos únicos de las diversas etapas de la infancia y la adolescencia que serán exploradas en este libro. Así que mientras tanto desde los 8 meses hasta los 8 años de edad son considerados niños, tienen una gran variedad de habilidades motoras, relaciones sociales, y habilidades cognitivas. Sus necesidades nutricionales son diferentes y también son peculiares sus preocupaciones psicológicas primarias.

Desarrollo prenatal

Desde que la concepción se produce comienza el desarrollo. Todas las principales estructuras del cuerpo se están formando y la salud de la madre es nuestra principal preocupación. La comprensión de la nutrición, teratógenos (o factores ambientales que pueden conducir a defectos de nacimiento), y el parto son las principales preocupaciones.

Figura 1.1: Un pequeño embrión que muestra un cierto desarrollo de brazos y piernas, así como los rasgos faciales que se están empezando a mostrar. (Imagen por lunar caustic se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

Los primeros años de vida

Los dos años de vida son de espectacular crecimiento y cambio. Un recién nacido, con un agudo sentido del oído, pero muy mala visión se transforma en un niño que camina, y habla dentro de un período relativamente corto de tiempo. Los padres también se transforman de una persona que maneja sus horarios de alimentación y de sueño a un guía en constante movimiento como un inspector de seguridad para un niño en constante movimiento, y lleno de energía.

Figura 1.2: Un recién nacido. (Imagen por Han Myo Htwe en Unsplash)

La primera infancia

La primera infancia también se conoce como la edad preescolar y consiste en los años que siguen a los primeros años de vida y preceden a la educación formal. Entre los 3 a 5 años de edad, el niño está ocupado en el aprendizaje de idiomas, está ganando un sentido de sí mismo y una mayor independencia, y está empezando a aprender el funcionamiento del mundo físico. Este conocimiento no se ve pronto, sin embargo, el niño en edad preescolar puede tener inicialmente concepciones interesantes del tamaño, tiempo, espacio y distancia, como el temor a irse por el desagüe si se sienta en la parte delantera de la bañera o mediante la demostración de cuánto tiempo durara algo demostrándolo con sus dos dedos índices muy separados. La feroz determinación de un

niño pequeño al hacer algo podría dar lugar a una sensación de culpa por parte de un niño de 4 años ocasionando la desaprobación de los demás.

Figura 1.3: Dos niños pequeños jugando en el Jardín Botánico de Singapur. (Imagen por Alaric Sim en Unsplash)

La infancia media

Las edades de 6 a 11 comprenden la infancia media y gran parte de lo que experimentan los niños a esta edad se conecta a su participación en los primeros grados de la escuela. Ahora el mundo se convierte en uno de aprendizaje y pruebas de nuevas habilidades académicas y mediante la evaluación de las capacidades y los logros de uno al hacer comparaciones entre uno mismo y los demás. Las escuelas comparan a los estudiantes y hacen que estas comparaciones sean públicas a través de deportes de equipo, resultados de exámenes, y otras formas de reconocimiento. Las tasas de crecimiento se desaceleran y los niños son capaces de refinar sus habilidades motrices en este momento de la vida. Los niños comienzan a aprender acerca de las relaciones sociales más allá de la familia a través de la interacción con amigos y compañeros de estudio.

Figura 1.4: Dos niños corriendo por las calles de Carenage, Trinidad y Tobago. (Imagen por Wayne Lee-Sing en Unsplash)

Adolescencia

La adolescencia es un período de cambio físico espectacular marcado por una aceleración del crecimiento global físico y la maduración sexual, conocida como la pubertad. También es un tiempo de cambio cognitivo a medida que el adolescente comienza a pensar en nuevas posibilidades y considerar los conceptos abstractos tales como el amor, el miedo y la libertad. Irónicamente, los adolescentes tienen un sentido de invencibilidad que los pone en mayor riesgo de morir a causa de accidentes o de contraer infecciones de transmisión sexual que pueden tener consecuencias de por vida.[8]

Figura 1.5: Dos adolescentes sonriendo. (Imagen por Matheus Ferrero en Unsplash)

Hay algunos aspectos del desarrollo que fueron ampliamente debatidos. Analicémoslos.

Contribuyentes y atribuciones

8. Periods of Development por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 1.2: Los períodos del desarrollo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

1.3: Temas de desarrollo

Naturaleza y crianza

¿Por qué las personas son de la manera como lo son? ¿Son características tales como la altura, el peso, la personalidad, ser diabético, etc., el resultado de la herencia o los factores ambientales? ¿o ambos? Durante décadas, los académicos han llevado a cabo el debate entre la "naturaleza o el tipo de crianza". Para cualquier característica particular, los del lado de la naturaleza podrían argumentar que la herencia juega el papel más importante en el logro de esa característica. Los del lado de la crianza podrían argumentar que el propio entorno es más significativo en la conformación de la manera en la que somos. Este debate continúa en todos los aspectos del desarrollo humano, y la mayoría de los estudiosos coinciden en que hay una interacción constante entre las dos fuerzas. Es difícil aislar la raíz de cualquier comportamiento individual como resultado únicamente de la naturaleza o la crianza.

Continuidad frente a discontinuidad

¿El desarrollo humano se caracteriza mejor como un proceso lento y gradual, o es mejor verlo como uno de los cambios más abruptos? La respuesta a esa pregunta a menudo depende sobre todo a cuál teórico del desarrollo le hace la pregunta y que tema está siendo estudiado. Las teorías de Freud, Erikson, Piaget, y Kohlberg se denominan teorías de las etapas. Las teorías de las etapas o desarrollo discontinuo asumen que el cambio en el desarrollo se produce a menudo en etapas distintas que son cualitativamente diferentes entre sí, y en una secuencia universal establecida. En cada etapa de desarrollo, los niños y los adultos tienen diferentes cualidades y características. De este modo, los teóricos de las etapas asumen que el desarrollo es más discontinuo. Otros, como los conductistas, Vygotsky y teóricos del procesamiento de información, asumen que el desarrollo es un proceso más lento y gradual conocido como desarrollo continuo. Por ejemplo, considerarían al adulto como no poseedor de nuevas habilidades, pero las habilidades más avanzadas ya estaban presentes de alguna forma en el niño. El desarrollo del cerebro y las experiencias ambientales contribuyen a la adquisición de las habilidades más desarrolladas.

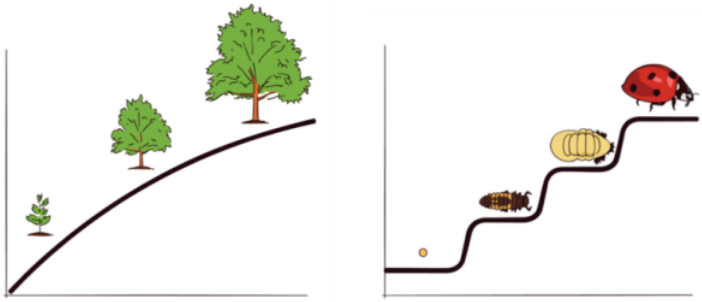


Figura 1.6: La gráfica de la izquierda muestra tres etapas en el crecimiento continuo del árbol. El gráfico de la derecha muestra cuatro etapas distintas del desarrollo en el ciclo de vida de una mariquita. (Imagen por NOBA se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0)

Activo frente a pasivo

¿Cuánto tiene que ver uno mismo en su desarrollo? ¿Estás al capricho de tu herencia genética o al ambiente que te rodea? Algunos teóricos ven a las personas jugar un papel mucho más activo en su propio desarrollo. Piaget, por ejemplo, creía que los niños exploran activamente su mundo y construyen nuevas formas de pensar para explicar las cosas que experimentan. Por el contrario, muchos conductistas ven a las personas más pasivas en el proceso de su desarrollo.

¿Cómo sabemos tanto acerca de cómo crecer, desarrollarse y aprender? Echemos un vistazo a la forma en cómo se recogen los datos a través de la investigación.

Contribuyentes y atribuciones

11. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 1.3: Temas de desarrollo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

1.4: Métodos de investigación

Una parte importante del aprendizaje de cualquier ciencia es tener un conocimiento básico de las técnicas utilizadas en la recopilación de información. El sello distintivo de la investigación científica es la de seguir una serie de procedimientos diseñados para mantener vivo el cuestionamiento o el escepticismo mientras se describe, explica, o prueba cualquier fenómeno. Algunas personas no se atreven a confiar en académicos o investigadores, ya que siempre parecen cambiar su historia. Sin embargo, eso es exactamente de lo que trata la ciencia; Implica tratar de renovar continuamente nuestra comprensión de los temas en cuestión y una investigación en curso de cómo y por qué se producen los eventos. La ciencia es un vehículo para ir a un viaje sin límite. En el área del desarrollo, hemos visto cambios en las recomendaciones para la nutrición, en las explicaciones de los estados psicológicos a medida que las personas envejecen, e incluso en los consejos de crianza. Entonces, el aprender sobre el desarrollo humano es un esfuerzo de por vida.

Tómese un momento para anotar dos cosas que usted sepa acerca de la infancia. Ahora, ¿cómo obtuvo esa información? Lo más probable es que usted sepa estas cosas en base a su propia historia (realidad experiencial) o en base a lo que otros le dijeron o en las ideas culturales (concordancia de la realidad) (Seccombe y Warner, 2004). Hay varios problemas con la investigación personal. Lea en voz alta la siguiente frase:

> París, en la
>
> la primavera

¿Está seguro que es lo que dice? Léalo de nuevo:

> París, en la
>
> la primavera

Si se lee de manera diferente la segunda vez (la adición de la palabra “la”) que acaba de experimentar es uno de los problemas con la investigación personal; es decir, la tendencia a ver lo que creemos. Nuestros supuestos muy a menudo guían nuestras percepciones, por consiguiente, cuando vemos algo, tendemos a creerlo, incluso si no está allí. Este problema sólo puede ser el resultado de unas “vendas” cognitivas o puede ser parte de un intento más consciente de apoyar a nuestros propios puntos de vista. El sesgo de confirmación es la tendencia a buscar evidencia de que tenemos la razón y, al hacerlo, ignoramos la evidencia contradictoria. Popper sugiere que la distinción entre lo que es científico y lo que es poco científico es que la ciencia es falsificable; la investigación científica implica intentos para rechazar o refutar una teoría o conjunto de supuestos (Thornton, 2005). La teoría que no puede ser falsificada no es científica. Y gran parte de lo que hacemos en la investigación personal implica sacar conclusiones basadas en lo que hemos experimentado personalmente o validar nuestra propia experiencia debatiendo lo que creemos que es cierto con otros que comparten los mismos puntos de vistas.

La ciencia ofrece una manera más sistemática de hacer comparaciones y protegerse contra los prejuicios.

Métodos científicos

Uno de los métodos de la investigación científica implica los siguientes pasos:

1. La determinación de una pregunta de investigación
2. La revisión de anteriores estudios relacionados con el tema en cuestión (conocido como revisión de la literatura)
3. La determinación de un método de recopilación de información
4. La realización del estudio
5. La interpretación de los resultados
6. Sacar conclusiones; indicando las limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones
7. Poner los hallazgos a disposición de los demás (tanto para compartir información como para que otros examinen nuestro trabajo)

Sus hallazgos pueden ser utilizados por otros a medida que exploran el área de interés y por medio de este proceso se establece una base de la literatura o el conocimiento. Este modelo de investigación científica presenta la investigación como un proceso lineal guiado por una pregunta de investigación específica. Y que por lo general implica cuantificar el uso de estadísticas para entender e informar lo que se ha estudiado. Muchas publicaciones académicas publican informes sobre los estudios llevados a cabo de esta manera.

Otro modelo de la investigación referida como la investigación cualitativa puede incluir medidas como las siguientes:

1. Comenzar con un área amplia de interés
2. Obtener acceso al grupo que será investigado
3. Reunir las notas de campo sobre el entorno, la gente, la estructura, las actividades o de otras áreas de interés
4. Preguntar sin límites, una gran variedad de preguntas a la hora de hacer entrevistas
5. Modificar las preguntas de investigación a medida que el estudio continúa
6. Observar patrones
7. Explorar nuevas áreas consideradas importantes por las personas observadas
8. Informar los hallazgos

En este tipo de investigación, las ideas teóricas se "basan" en las experiencias de los participantes. El investigador es el estudiante y las personas en el entorno son los maestros, ya que informan al investigador de su mundo (Glazer y Strauss, 1967). Los investigadores han de ser conscientes de sus propios prejuicios y suposiciones, reconocerlos y poner esfuerzos para evitar que limiten la precisión de los informes. A veces, los estudios cualitativos se utilizan inicialmente para explorar un tema y los estudios más cuantitativos se utilizan para probar o explicar lo que fue descrito por primera vez.

Métodos de investigación

Veamos más de cerca algunas de las técnicas o métodos de investigación que se utilizan para describir, explicar o evaluar. Cada uno de estos modelos tiene fortalezas y debilidades y, a veces se utilizan en combinación con otros modelos dentro de un solo estudio.

Estudios observacionales

Los estudios observacionales implican observar y registrar las acciones de los participantes. Esto puede tener lugar en el entorno natural, tales como la observación de los niños que juegan en un parque, o detrás de una ventana de una sola vía, mientras los niños están jugando en una sala de juegos del laboratorio. El investigador puede seguir una lista de control y registrar la frecuencia y la duración de los eventos (quizás cuántos conflictos se producen entre los 2 años de edad) o pueden observar y registrar tanto como sea posible acerca de un evento (como la observación de los niños en un salón de clases y la captura de los detalles sobre el diseño de la habitación y que están haciendo o diciendo los niños y los maestros). En general, los estudios observacionales tienen la capacidad de permitir que el investigador vea cómo se comporta la gente en lugar de confiar en el autoinforme. Lo que las personas hacen y lo que dicen que hacen son a menudo muy diferentes. Una de las principales debilidades de los estudios de observación es que no permiten que el investigador explique las relaciones causales. Sin embargo, los estudios de observación son útiles y ampliamente utilizados en el estudio de los niños. Los niños tienden a cambiar su comportamiento cuando saben que están siendo observados (conocido como el efecto Hawthorne) y no podríamos evaluar muy bien.

Experimentos

Los ***experimentos*** están diseñados para probar la hipótesis (o declaraciones específicas acerca de la relación entre variables) en un entorno controlado, en los esfuerzos por explicar cómo ciertos factores o eventos producen ciertos resultados. Una variable es cualquier cosa que cambie su valor. Los conceptos son operacionalizados o transformados en variables en la investigación, lo que significa que el investigador debe especificar exactamente lo que va a ser medido en el estudio.

Tres condiciones deben cumplirse con el fin de establecer la causa y efecto. Los diseños experimentales son útiles en el cumplimiento de estas condiciones.

1. Las variables independientes y dependientes deben estar relacionadas. En otras palabras, cuando uno es cambiado, los otros cambian también la respuesta. (La variable independiente manipulada o introducida por el investigador. La variable dependiente es el resultado o el factor afectado por la introducción de la variable independiente. Por ejemplo, si estamos ante el impacto del ejercicio sobre los niveles de estrés, la variable independiente será el ejercicio; la variable dependiente será el estrés).
2. La causa debe llegar antes que el efecto. Los experimentos implican la medición de los sujetos en las variables dependientes antes de exponerlos a la variable independiente (establecer una línea de base). Así que nos gustaría medir el nivel de estrés de los sujetos antes de introducir el ejercicio y luego otra vez después del ejercicio para ver si se ha producido un cambio en los niveles de estrés. (la investigación observacional y de encuestas no siempre nos permiten observar el momento de estos eventos, lo que hace que la comprensión de la causalidad sea problemática con estos modelos.)
3. La causa debe ser aislada. El investigador debe garantizar que ninguna variable externa, tal vez variables desconocidas estén causando el efecto que vemos. El diseño experimental ayuda a hacer esto posible. En un experimento, nos aseguraríamos de que las dietas de nuestros sujetos se mantuvieran constantes durante todo el programa de ejercicios. De lo contrario, la dieta realmente podría estar creando el cambio en el nivel de estrés en lugar del ejercicio.

Un diseño experimental básico implica comenzar con una muestra (o subconjunto de una población) y asignar aleatoriamente los sujetos a uno de los dos grupos: el grupo experimental o el grupo de control. El grupo experimental es el grupo que va a estar expuesto a una variable independiente o una condición que el investigador está introduciendo como una causa potencial de un evento. El grupo de control va a ser utilizado para la comparación y va a tener la misma experiencia que el grupo experimental, pero no va a estar expuesto a la variable independiente. Después de exponer el grupo experimental a la variable independiente, los dos grupos se miden de nuevo para ver si se produjo un cambio. Si es así, estamos en una mejor posición para sugerir que la variable independiente causó el cambio en la variable dependiente.

La principal ventaja del diseño experimental es el de ayudar a establecer relaciones de causa y efecto. Una desventaja de este modelo es la dificultad de traducir gran parte de lo que sucede en un entorno de laboratorio hacia la vida real.

Estudios de caso

Los estudios de caso implican la explotación de un solo caso o situación a gran detalle. La información puede ser obtenida con el uso de la observación, entrevistas, pruebas, u otros métodos para descubrir tanto como sea posible acerca de una persona o situación. Los estudios de casos son útiles en la investigación de situaciones inusuales, tales como trauma cerebral o niños criados en aislamiento. Y que a menudo son utilizados por los médicos que llevan a cabo estudios de caso como parte de su práctica normal cuando la recopilación de información acerca de un cliente o paciente durante un tratamiento. Los estudios de casos se pueden utilizar para explorar las áreas sobre las cuales se conoce poco y pueden proporcionar detalles muy relevantes acerca de las situaciones o condiciones. Sin embargo, los resultados de los estudios de casos no se pueden generalizar o aplicarse a poblaciones más grandes; esto es porque los casos no se seleccionan al azar y ningún grupo de control se utiliza para la comparación.

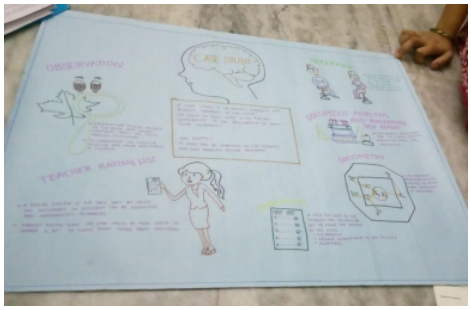


Figura 1.7: Cartel ilustrado de una clase que describe un estudio de caso. (Imagen por MaryGeorge se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0)

Encuestas

Mucha gente está muy familiarizada con ***las encuestas*** ya que se utilizan ampliamente. Las encuestas mejoran la accesibilidad a los sujetos, ya que pueden llevarse a cabo en persona, por teléfono, por correo, o en línea. Una encuesta consiste en realizar un conjunto estándar de preguntas a un grupo de sujetos. En una encuesta muy estructurada, los sujetos se ven obligados a elegir entre una respuesta definida como “definitivamente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo, definitivamente de acuerdo”; o “0, 1 a 5, 6 a 10, etc.” Esto se conoce como **escala de Likert**. Las encuestas son comúnmente utilizadas por los sociólogos, investigadores de marketing, politólogos, terapeutas y otros para recoger información de muchas variables dependientes e independientes en un período relativamente corto de tiempo. Las encuestas generalmente producen información superficial en una amplia variedad de factores, pero no permiten la comprensión en profundidad de la conducta humana.

Por supuesto, las encuestas pueden ser diseñadas en un número de maneras. Que pueden incluir preguntas de elección forzada y preguntas semi-estructuradas en las que el investigador permite al entrevistado describir o dar detalles acerca de ciertos eventos. Uno de los aspectos más difíciles de diseñar una encuesta es realizar una buena pregunta de redacción de una manera imparcial y hacer las preguntas correctas para que los encuestados puedan dar una respuesta clara en lugar de elegir “no definido” cada vez. ¡Sabiendo que el 30% de los encuestados están indecisos es de poca utilidad! Por lo que una gran cantidad de tiempo y esfuerzo se debe colocar en la construcción de los elementos de la encuesta. Uno de los beneficios de tener elementos de elección forzada es que cada respuesta esta codificada para que los resultados puedan ingresarse y analizarse rápidamente utilizando un software estadístico. El análisis lleva mucho más tiempo cuando los encuestados dan respuestas largas ya que deben ser analizadas de una manera diferente. Las encuestas son útiles para examinar los valores establecidos, actitudes, opiniones, e informar sobre las prácticas. Sin embargo, se basan en el autoinforme o lo que la gente dice que hace, en lugar de la observación y esto puede limitar la precisión.

Diseños de desarrollo

Los diseños de desarrollo son técnicas utilizadas en la investigación del desarrollo (y otras áreas). Estas técnicas tratan de examinar cómo la edad, cohorte, el género y si la clase social afecta el desarrollo.

La investigación longitudinal

La investigación longitudinal implica comenzar con un grupo de personas que pueden ser de la misma edad y antecedentes, y medirlas de forma repetida durante un largo período de tiempo. Una de las ventajas de este tipo de investigación es que las personas pueden ser seguidas a través del tiempo y compararse con las mismas cuando eran más jóvenes.

Figura 1.8: Un diseño de investigación longitudinal. (Imagen por NOBA se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0)

A problem with this type of research is that it is very expensive and subjects may drop out over time. The Perry Preschool Project which began in 1962 is an example of a longitudinal study that continues to provide data on children's development.

Un problema con este tipo de investigación es que es muy costoso y los sujetos pueden desaparecer con el tiempo. El Proyecto Preescolar de Perry, que comenzó en 1962 es un ejemplo de un estudio longitudinal que sigue proporcionando datos sobre el desarrollo de los niños.

Investigación transversal

La investigación transversal implica comenzar con una muestra que representa una sección transversal de la población. Los encuestados que varían en edad, género, etnia y clase social se les puede pedir que completen una encuesta sobre las preferencias o actitudes de los programas de televisión hacia el uso de Internet. En consecuencia, se comparan las actitudes de los hombres y las mujeres, al igual que las actitudes basadas en la edad. En la investigación transversal, los encuestados se miden sólo una vez.

Figura 1.9: Un diseño de la investigación transversal. (Imagen por NOBA se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0)

Este método es mucho menos costoso que la investigación longitudinal, pero no permite al investigador distinguir entre el impacto de la edad y el efecto de cohorte. Las diferentes actitudes sobre el uso de la tecnología, por ejemplo, podrían no ser alterados por la edad biológica de una persona tanto como sus experiencias de vida como miembros de la cohorte.

Investigación secuencial

La investigación secuencial implica combinar aspectos de las dos técnicas anteriores; comenzando con una muestra transversal y midiéndolos a través del tiempo.

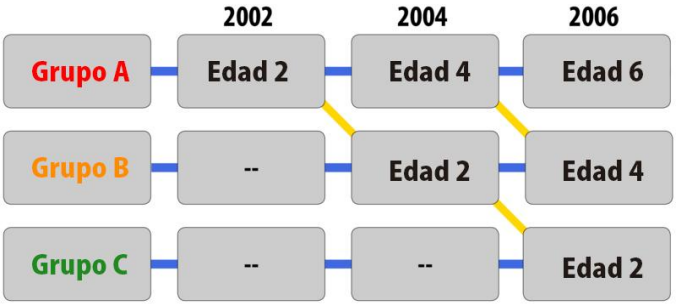


Figura 1.10: Un diseño de investigación secuencial. (Imagen por NOBA se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0)

Este es el modelo perfecto para buscar la edad, sexo, clase social y etnia. Pero los inconvenientes de los altos costos y el desgaste están presentes aquí también.[16]

Tabla 1.1 - Ventajas y desventajas de los diferentes modelos de investigación (Research Methods in Developmental Psychology por Angela Lukowski and Helen Milojevich se distribuye bajo licencia de a CC BY-NC-SA 4.)

Tipos de modelo de investigación	Ventajas	Desventajas
Longitudinal	• Examina los cambios dentro de los individuos a través del tiempo • Proporciona un análisis del desarrollo	• Costoso • Toma mucho tiempo • Desgaste de los participantes • Posibilidad de efectos de práctica • No se puede examinar los efectos de cohorte
Transversal	• Examina los cambios entre los participantes de diferentes edades al mismo tiempo • Proporciona información sobre los cambios relacionados con la edad	• No se puede examinar la evolución en el tiempo • No se puede examinar los efectos de cohorte
Secuencial	• Examina los cambios dentro de los individuos a través del tiempo • Examina los cambios entre los participantes de diferentes edades al mismo tiempo • Puede ser utilizado para examinar los efectos de cohorte	• Puede ser costoso • Posibilidad de efectos de la práctica

Consentimiento y ética en la Investigación

La investigación debe, en lo posible, basarse en el consentimiento informado, libremente y voluntario de los participantes. Para los menores, también se requiere el consentimiento de sus representantes legales. Esto implica la responsabilidad de explicar plenamente y de manera significativa tanto para el niño y sus tutores de lo que trata la investigación y cómo se difundirá. Los participantes y sus representantes legales deben ser conscientes de la finalidad y los procedimientos de investigación, y su derecho a negarse a participar; el grado en que se mantendrá la confidencialidad; los usos potenciales que puede tener los datos; los riesgos previsibles y beneficios esperados; y que los participantes tienen el derecho de interrumpirlo en cualquier momento.

Pero el consentimiento por sí solo no exime la responsabilidad de los investigadores para prever y evitar posibles consecuencias perjudiciales en los participantes.[18] Es fundamental que los investigadores protejan los derechos de los participantes, incluyendo la confidencialidad.

El desarrollo infantil es un campo fascinante de estudio, pero se debe tener cuidado para asegurarse de que los investigadores utilicen los métodos apropiados para examinar el comportamiento de lactantes y niños, utilizar el diseño experimental adecuado para responder a sus preguntas, y ser conscientes de los desafíos especiales de los que son parte integrante de la investigación del desarrollo. Esperamos que esta información ayude a desarrollar una comprensión de estas diversas cuestiones y para estar preparados para pensar más críticamente sobre cuestiones de investigación que le interesen. ¡Hay tantas preguntas interesantes que quedan por examinar para las futuras generaciones de científicos del desarrollo, tal vez usted haga uno de los próximos grandes descubrimientos![19]

Otro esquema realmente importante para utilizar cuando se trata de entender el desarrollo de los niños son las teorías del desarrollo. Vamos a explorar lo que son las teorías e introducir algunas teorías importantes en el desarrollo del niño.

Contribuyentes y atribuciones

16. Research Methods por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

18. La confidencialidad y el consentimiento informado: cuestiones a considerar en la preservación y el suministro de acceso a archivos de datos cualitativos por Louise Corti, Día Annette & Gill BackhouseFuente esta bajo licencia de CC BY 4.0 (Modificado por Jennifer Paris); "No, gracias, no hoy": Apoyo éticos y profesionales Relaciones en grandes estudios cualitativos por Lisa J. Blodgett, Wanda Boyer & Emily TurkSource se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0 (Modificada por Jennifer París)
19. Métodos de investigación en Psicología del Desarrollo por Angela Lukowski y Helen Milojevich se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

This page titled 1.4: Métodos de investigación is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

1.5: Teorías del desarrollo

¿Qué es una teoría?

Los estudiantes a veces se sienten intimidados por la teoría; incluso la frase “Ahora veamos algunas teorías ...” se encuentra con algunas miradas en blanco y otros indicios de que se perdió la atención. Pero las teorías son herramientas valiosas para comprender el comportamiento humano; de hecho, se proponen explicaciones para el “cómo” y “por qué” del desarrollo. Se ha preguntado, “¿Por qué mi hijo de 3 años es tan inquisitivo?” o “¿Por qué algunos niños del quinto grado son rechazados por sus compañeros de clase?” Las teorías pueden ayudar a explicar estos y otros sucesos. Las teorías del desarrollo ofrecen explicaciones sobre cómo nos desarrollamos, porque cambiamos con el tiempo y los tipos de influencias que tienen impacto en el desarrollo.

Una **teoría** nos guía y nos ayuda a interpretar los resultados de la investigación. Proporciona al investigador con un plano o modelo que se utilizará para ayudar a juntar diversos estudios. Piense en las teorías como pautas muy similares a las instrucciones que vienen con un aparato u otro objeto que requiere montaje. Las instrucciones pueden ayudar a juntar piezas más pequeñas más fácilmente que si se utiliza el método de prueba y error.

Las teorías se pueden desarrollar utilizando la inducción en el que se observan varios casos individuales y después se observaron patrones o similitudes, el teórico desarrolla ideas sobre la base de estos ejemplos. Las teorías establecidas se prueban a través de la investigación; Sin embargo, no todas las teorías son igualmente adecuadas para la investigación científica. Algunas teorías son difíciles de probar, pero aún son útiles para estimular el debate o para proporcionar conceptos que tienen una aplicación práctica. Tenga en cuenta que las teorías no son hechos; son directrices para la investigación y la práctica, y adquieren credibilidad a través de las investigaciones que no son refutadas.[20]

Vamos a echar un vistazo a algunas teorías clave en el desarrollo infantil.

Teoría psicosexual de Sigmund Freud

Comenzamos con la figura a menudo controvertida, Sigmund Freud (1856-1939). Freud ha sido una figura muy influyente en el área de desarrollo; su visión del desarrollo y la psicopatología dominó el campo de la psiquiatría hasta el crecimiento del conductismo en la década de 1950. Sus hipótesis de que la personalidad se forma durante los primeros años de vida y que las formas en que los padres u otros cuidadores interactúan con los niños tienen un impacto duradero sobre los estados emocionales de los niños, han ofrecido una guía a los padres, educadores, clínicos, y políticos desde hace muchos años. Hemos comenzado a reconocer recientemente que las experiencias de la primera infancia no siempre resultan en ciertos rasgos de la personalidad o estados emocionales. Hay un creciente conjunto de literatura sobre resiliencia en los niños procedentes de medios agresivos y sin embargo se desarrollan sin daños de cicatrices emocionales (O'Grady y Metz, 1987). Freud estimuló una enorme cantidad de investigación la cual ha generado muchas ideas. No es necesario estar de acuerdo con la teoría de Freud en su totalidad para apreciar la contribución que hizo al campo del desarrollo.

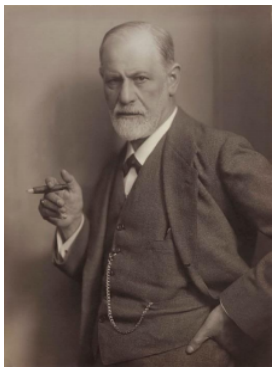


Figura 1.11: Sigmund Freud. (Imagen es de dominio público)

La teoría del ego de Freud nos dice que hay tres partes.

- El **id (ello)** es la parte del ego que es innata. Responde a necesidades biológicas sin pausa y es guiado por el principio del placer: si se siente bien, es lo que hay que hacer. Un recién nacido es todo **id**. Los gritos del recién nacido cuando tiene hambre, o va al baño cuando tiene el impulso.

- El **ego (yo)** se desarrolla a través de la interacción con los demás y es guiado por la lógica o el principio de realidad. Tiene la capacidad de retrasar la gratificación. Se sabe que los impulsos tienen que ser manejados. Se encuentre en el punto medio entre el id y el superego usando la lógica y la realidad para calmar las otras partes del ego.
- El **superego (superyó)** representa las demandas de la sociedad para sus miembros. Se guía por un sentimiento de culpa. Los valores, la moral y la conciencia son partes del superego.

Se cree que la personalidad se desarrolla en respuesta a la capacidad del niño para aprender a manejar los impulsos biológicos. Los padres son importantes aquí. Si el padre es demasiado punitivo o permisivo, el niño no podrá progresar a la siguiente etapa. He aquí una breve introducción a las etapas de Freud.

Tabla 1.2 - La teoría psicosexual de Freud

Nombre de la Etapa	Descripciones de la etapa
Etapa oral	La **etapa oral** dura desde el nacimiento del bebé hasta alrededor de los 2 años y es todo id. En esta etapa, todo estímulo y la comodidad se centran en la boca y se basa en el reflejo de succión. El exceso de indulgencia o muy poca estimulación podrían conducir a la obsesión.
Etapa anal	La **etapa anal** coincide con el entrenamiento para ir al baño o el aprendizaje para manejar los impulsos biológicos. El ego empieza a desarrollarse en esta etapa. La obsesión anal puede resultar en una persona que es compulsivamente limpia y organizada o uno que es descuidado y carece de autocontrol.
Etapa fálica	La **etapa fálica** se produce en la primera infancia y marca el desarrollo del superego y un sentido de masculinidad o feminidad como dicta la cultura.
Latencia	La **latencia** ocurre durante la infancia media cuando los impulsos se calman y las amistades se convierten en el foco. El ego y el superego pueden refinar a medida que el niño aprende a cooperar y negociar con los demás.
Etapa genital	La **etapa genital** comienza con la pubertad y continúa hasta la edad adulta. Ahora la preocupación tiene que ver con el sexo y la reproducción.

Fortalezas y debilidades de la teoría de Freud

La teoría de Freud ha sido fuertemente criticada por varias razones. Una de ellas es que es muy difícil de probar científicamente. ¿Cómo se podría monitorear la crianza en la infancia hasta la personalidad en la edad adulta? ¿Hay otras variables que podrían explicar mejor el desarrollo? La teoría también se considera que es machista en lo que sugiere que las mujeres que no aceptan una posición inferior en la sociedad son, de alguna manera, psicológicamente defectuosas. Freud se centra en el lado oscuro de la naturaleza humana y sugiere que gran parte de lo que determina nuestras acciones es desconocido para nosotros. Entonces, ¿por qué estudiamos a Freud? Como se mencionó anteriormente, a pesar de las críticas, las hipótesis de Freud acerca de la importancia de las experiencias de la primera infancia en la conformación de nuestro ser psicológico encontraron su camino en el desarrollo del niño, la educación y las prácticas de crianza. La teoría de Freud tiene un valor heurístico en la prestación de un marco desde el que elaborar y modificar las teorías posteriores del desarrollo. Muchas teorías posteriores, particularmente el conductismo y el humanismo, estuvieron en contraposición a las ideas de Freud.[22]

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoria psicosexual de Freud

Freud creía que:

- El desarrollo en los primeros años tiene un impacto duradero.
- Hay tres partes del ser: el id, el ego y el superego

- Las personas pasan por cinco etapas del desarrollo psicosexual: la etapa oral, la etapa anal, la etapa fálica, de latencia, y la etapa genital

Estudiamos a Freud debido a sus hipótesis sobre la importancia de la experiencia de la primera infancia que proporciona un marco para posteriores teorías.

Teoría psicosocial de Erik Erikson

Ahora, pasemos a un teórico menos controvertido, Erik Erikson (1902-1994). Erikson sugirió que nuestras relaciones y expectativas de la sociedad motivan gran parte de nuestro comportamiento en su teoría del desarrollo psicosocial. Erikson era un estudiante de Freud, pero hizo hincapié en la importancia del ego, o el pensamiento consciente, en la determinación de nuestras acciones. En otras palabras, se cree que no estamos motivados por impulsos inconscientes. Sabemos lo que nos motiva y pensamos conscientemente acerca de cómo lograr nuestros objetivos. Se le considera el padre de la psicología del desarrollo, porque su modelo nos da una pauta para toda la duración de la vida y sugiere ciertos problemas psicológicos y sociales primarios a lo largo de la vida.

Figura 1.12: Erik Erikson. (Imagen está en el dominio público)

Erikson amplió las técnicas de Freud, haciendo hincapié en la importancia de la cultura en las prácticas de crianza y las motivaciones y la adición de tres etapas del desarrollo del adulto (Erikson, 1950; 1968). Se cree que somos conscientes de lo que nos motiva a lo largo de la vida y el ego tiene mayor importancia en la orientación de nuestras acciones que hace el id. Tomamos decisiones conscientes en la vida y estas opciones se centran en satisfacer ciertas necesidades sociales y culturales en lugar de los puramente biológicos. Los seres humanos están motivados, por ejemplo, por la necesidad de sentir que el mundo es un lugar digno de confianza, de que somos individuos capaces, y de que podemos hacer una contribución a la sociedad. Estos son todos los problemas psicosociales.

Erikson divide la vida en ocho etapas. En cada etapa, tenemos una tarea psicosocial importante para lograr superar una crisis. Erikson cree que nuestra personalidad sigue tomando forma a lo largo de nuestra vida cuando nos enfrentamos a estos retos personalmente. Aquí tenemos una descripción breve de las ocho etapas:

Tabla 1.3 - Teoría psicosocial de Erik Erikson

Nombre de la etapa	Descripción de la etapa
Confianza vs Desconfianza (0-1)	El bebé debe tener sus necesidades básicas satisfechas de una manera coherente con el fin de sentir que el mundo es un lugar digno de confianza.
Autonomía vs Vergüenza y duda (1-2)	Los niños pequeños que se pueden desplazar tienen una nueva libertad que les gusta ejercer y al permitirle hacerlo, aprenden algo de la independencia básica.
Iniciativa vs Culpa. (3-5)	A los preescolares les gusta iniciar actividades y hacer hincapié en hacer las cosas “todo por sí mismos.”
Laboriosidad vs Inferioridad (6-11)	Los niños en edad escolar se centran en los logros y empiezan a hacer comparaciones entre ellos y sus compañeros de clase
Identidad vs Confusión de roles (adolescencia)	Los adolescentes están tratando de obtener un sentido de identidad a medida que experimentan con diferentes roles, creencias e ideas.
Intimidad vs Aislamiento (edad adulta)	Entre los 20 y 30 años hacemos algunos de nuestros primeros compromisos a largo plazo en las relaciones íntimas.

Generatividad vs Estancamiento (Edad adulta media)	Desde los 40 hasta principios de los 60 años, nos centramos en ser productivos en el trabajo y el hogar y son motivados por el deseo de sentir que hicimos una contribución a la sociedad.
Integridad vs Desesperación (La edad adulta tardía)	Miramos hacia atrás en nuestras vidas y esperamos que nos guste lo que vemos, que hemos vivido bien y tenemos un sentido de integridad, porque vivimos de acuerdo con nuestras creencias.

Estas ocho etapas forman una base para las discusiones sobre el desarrollo emocional y social durante el período de vida. Tenga en cuenta, sin embargo, que estas etapas o crisis pueden ocurrir más de una vez. Por ejemplo, una persona puede tener falta de confianza después de la infancia bajo ciertas circunstancias. La teoría de Erikson ha sido criticada por centrarse en gran medida en etapas y suponiendo que la finalización de una etapa es requisito previo para la próxima crisis del desarrollo. Su teoría también se centra en las expectativas sociales que se encuentran en ciertas culturas, pero no en todas. Por ejemplo, la idea de que la adolescencia es un momento de la búsqueda de la identidad podría traducirse así en la cultura de la clase media de los Estados Unidos, pero no tan bien en las culturas donde la transición a la edad adulta coincide con la pubertad a través de ritos de paso y donde los roles de los adultos ofrecen menos opciones.[24]

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoria psicosocial de Erikson

Erikson fue alumno de Freud, pero se centró en el pensamiento consciente.

- Sus etapas de desarrollo psicosocial abordan toda la vida y sugieren crisis psicosocial primaria en algunas culturas que los adultos pueden utilizar para comprender cómo apoyar el desarrollo social y emocional de los niños.
- Las etapas son: la confianza vs desconfianza, la autonomía vs vergüenza y la duda, la iniciativa vs culpa, laboriosidad vs inferioridad, identidad vs confusión de roles, el aislamiento vs la intimidad, generatividad vs estancamiento, la integridad vs desesperación.

Conductismo

Mientras que Freud y Erikson observaron lo que estaba pasando en la mente, el conductismo rechaza cualquier referencia a la mente y considera el comportamiento abierto y observante como el tema apropiado de la psicología. A través del estudio científico de la conducta, se esperaba que se pusieran leyes de aprendizaje que promuevan la predicción y el control de comportamiento.[25]

Iván Pávlov

Iván Pávlov (1880-1937) fue un fisiólogo ruso interesado en estudiar la digestión. Mientras grababa la cantidad de salivación que sus perros de laboratorio producían mientras comían, se dio cuenta de que en realidad comenzaron a producir saliva antes de que la comida llegara a medida que el investigador caminaba por el pasillo hacia la jaula. Entonces pensó, “¡no es natural!” Uno esperaría que un perro produjera saliva automáticamente cuando el alimento llegue a su boca, pero ¿antes de que la comida llegue? Por supuesto, era lo que había sucedido. . . dígame usted. ¡Así es! Los perros sabían que la comida estaba en camino porque habían aprendido a asociar los pasos con la comida. La palabra clave aquí es “aprendido”. Una respuesta aprendida se llama una respuesta “condicionada”.

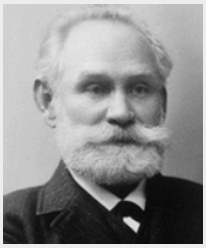


Figura 1.13: Ivan Pavlov. (Imagen está en el dominio público)

Pávlov comenzó a experimentar con este concepto de **condicionamiento clásico**. Empezó a sonar una campana, por ejemplo, antes de introducir los alimentos. Efectivamente, después de hacer esta conexión varias veces, los perros podían empezaban a producir saliva con el sonido de una campana. Una vez que la campana se había convertido en un evento en el que los perros habían aprendido a producir saliva lo cual se llama un **estímulo condicionado**. El acto de producir saliva con una campana era

una respuesta que también se había aprendido, que ahora se denomina en la jerga de Pávlov, una respuesta condicionada. Tenga en cuenta que la respuesta, la salivación, es la misma si está condicionado o incondicionado (no aprendido o natural). Lo que cambió es el estímulo con el que el perro empieza a producir saliva. Uno de ellos es natural (condicionado) y el otro se aprende (condicionado).

Vamos a pensar acerca de cómo el condicionamiento clásico se utiliza en nosotros. Una de las aplicaciones más generalizadas de los principios de condicionamiento clásico fue traída a nosotros por el psicólogo, John B. Watson.

John B. Watson

John B. Watson (1878-1958) creía que la mayoría de nuestros miedos y otras respuestas emocionales están condicionados clásicamente. Había ganado una gran popularidad en la década de 1920 con su asesoramiento profesional sobre las clases para padres ofrecidas al público.

Figura 1.14: John B. Watson. (Imagen está en el dominio público)

Intento demostrar el poder del condicionamiento clásico con su famoso experimento de un niño de 18 meses llamado “Little Albert”. Watson sentó a Albert y le presentó una variedad de objetos aparentemente atemorizantes: un pedazo ardiente de periódico, una rata blanca, etc., pero Albert se mantuvo curioso y busco todas estas cosas. Watson sabía que uno de nuestros únicos miedos innatos es el miedo a los ruidos fuertes por lo que procedió a hacer un fuerte ruido cada vez que introducía uno de los objetos favoritos de Albert, una rata blanca. Después de escuchar los ruidos fuertes en varias ocasiones combinados con la rata, Albert pronto llegó a temer a la rata y se puso a llorar cuando veía la rata. Watson filmó este experimento para la posteridad y lo utilizó para demostrar que podía ayudar a los padres a lograr cualquier resultado que deseaban, si tan sólo seguían su consejo. Watson escribió columnas en periódicos y revistas y ganó mucha popularidad entre los padres ansiosos por aplicar la ciencia en el hogar.

El condicionamiento operante, por el contrario, analiza la forma en que las consecuencias de un comportamiento aumentan o disminuyen la probabilidad de que un comportamiento vuelva a ocurrir. Veamos un poco más.

BF Skinner y el condicionamiento operante

BF Skinner (1904-1990), que nos llevó los principios del condicionamiento operante, sugirió que el refuerzo es un medio más eficaz de fomentar un comportamiento que la crítica o el castigo. Al centrarse en el fortalecimiento de la conducta deseable, tenemos un impacto mayor que si hiciéramos hincapié en lo que es indeseable. El reforzamiento es cualquier cosa que un organismo desea y está ansioso de obtener.

Figura 1.15: B. F. Skinner. (Imagen es de dominio público)

Un **reforzador** es algo que estimula o promueve un comportamiento. Algunas cosas son las recompensas naturales. Se considera intrínseco o primario debido a que su valor se entiende fácilmente. Piense en qué tipo de cosas son gratificantes para los bebés o animales como los cachorros.

Los reforzadores extrínsecos o secundarios son las cosas que tienen un valor que no se comprende de inmediato. Su valor es indirecto. Pueden ser negociados por lo que finalmente se desea.

El uso del **reforzamiento positivo** consiste en añadir algo a una situación con el fin de fomentar un comportamiento. Por ejemplo, si le dan a un niño una galleta para la limpieza de una habitación, la adición de la galleta permite una limpieza más probable en el futuro. Piense en formas en las que refuerza positivamente a los demás.

El reforzamiento negativo ocurre cuando quitar algo desagradable alienta el comportamiento. Por ejemplo, tengo un reloj de despertador que hace un sonido muy desagradable, cuando suena por la mañana. Como resultado, me levanto y lo apago. Al eliminar el ruido, estoy reforzado o animado a levantarse. ¿De qué forma usted refuerza negativamente a los demás?

El castigo es un esfuerzo por detener un comportamiento. Significa seguir una acción con algo desagradable o doloroso. El castigo es a menudo menos eficaz que el reforzamiento por varias razones. No indica el comportamiento deseado, puede resultar en suprimir en lugar de detener un comportamiento, (en otras palabras, la persona no muestra el comportamiento por el que es castigado cuando usted permanece cerca, pero podrá realizarlo frecuentemente cuando usted se vaya), y centrarse en el castigo podría resultar en no darse cuenta cuando la persona realiza adecuadamente las actividades.

No todas las conductas son aprendidas a través de la asociación o del reforzamiento. Muchas de las cosas que hacemos se aprenden observando a otros. De esto se trata la teoría del aprendizaje social.

Teoría del aprendizaje social

Albert Bandura (1925-) es uno de los principales contribuyentes a la teoría del aprendizaje social. Se llama la atención a las formas en que muchas de nuestras acciones no se aprenden a través del condicionamiento; más bien, se aprenden observando a otros (1977). Los niños pequeños con frecuencia aprenden los comportamientos por imitación.

Figura 1.16: Albert Bandura. (Imagen por Albert Bandura se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0)

A veces, sobre todo cuando no sabemos que más hacer, aprendemos mediante copiar el comportamiento de los demás. El niño en su primer día de jardín de niños podría mirar ansiosamente y ver cómo los demás están actuando y tratar de actuar de la misma manera para encajar más rápidamente. Los adolescentes que luchan con su identidad dependen mucho de sus compañeros para actuar como modelos a imitar. A veces hacemos cosas porque hemos visto que funciona para otra persona. Fueron operantemente condicionados, pero nos involucramos en el comportamiento porque esperamos que también nos funcione. Esto se conoce como reforzamiento vicario (Bandura, Ross and Ross, 1963).

Bandura (1986) sugiere que hay interacción entre el entorno y el individuo. No somos el producto de nuestro entorno, sino que influimos en nuestro entorno. Los padres no sólo influyen en el entorno de sus hijos, tal vez intencionalmente o a través del uso de refuerzo, etc., pero los niños influyen en los padres también. Los padres pueden responder de manera diferente de su primer hijo que con su cuarto hijo. Tal vez tratan de ser los padres perfectos en sus primogénitos, pero cuando llega su último hijo tienen expectativas muy diferentes, tanto de ellos como de sus hijos. Nuestro entorno nos crea y nosotros creamos nuestro entorno.[30]

Bandura y el experimento del muñeco Bobo, los niños de hoy y los medios de comunicación

Otras influencias sociales: ¿con televisión o sin televisión? Bandura (ALS et., 1963) inició una serie de estudios para analizar el impacto de la televisión, especialmente los comerciales, en el comportamiento de los niños. ¿Es más probable que los niños actúen de manera agresiva cuando ven este comportamiento modelado? ¿Y si lo ven siendo reforzado? Bandura comenzó conduciendo un experimento en el que mostraba a los niños una película de una mujer que golpeaba un payaso inflable o un muñeco “Bobo”. Entonces se permitió a los niños entrar en la sala donde encontraron el muñeco y de inmediato comenzaron a golpearlo. Esto fue sin ningún tipo de reforzamiento. No sólo eso, sino que encontraron nuevas maneras de comportarse de forma agresiva. Es como si aprendieran un papel agresivo.

Los niños ven la televisión mucho más hoy que en la década de 1960; por lo tanto, de hecho, han sido referidos como Generación M (medios de comunicación). La cantidad de tiempo de la pantalla varía según la edad. A partir de 2017, los niños de 0 a 8 pasan una media de 2 horas y 19 minutos. Los niños de 8 a 12 años de edad pasan casi 6 horas al día en la

pantalla. Y de 13 a 18 años de edad pasan un promedio de poco menos de 9 horas al día en el uso de los medios de entretenimiento.

La prevalencia de la violencia, contenido sexual y los mensajes que promocionan los alimentos con alto contenido en grasa y azúcar en los medios de comunicación son ciertamente un motivo de preocupación y son los temas de investigación y revisión de las políticas en curso. Muchos niños pasan más tiempo en la visualización de contenido desde el ordenador a Internet. La cantidad de tiempo que se pasa conectado a Internet continúa aumentando con el uso de teléfonos inteligentes que esencialmente sirven como mini-ordenadores. Y las formas en que los niños y adolescentes interactúan con los medios de comunicación siguen cambiando. La popularidad de YouTube y las diversas plataformas de medios sociales son ejemplos de esto. ¿Cuáles podrían ser las implicaciones de esto?[31]

Principales consideraciones sobre el conductismo

Los conductistas examinan el comportamiento observable y cómo se puede predecir y controlar.

- Pávlov experimentó con el condicionamiento clásico, el proceso de condicionamiento a una respuesta o estímulos (el perro produce saliva al sonido de la campana).
- Watson ofreció consejos a los padres para mostrarles cómo el condicionamiento clásico puede ser utilizado. Su más famoso experimento fue acondicionado al pequeño Albert que temiera a un ratón blanco.
- Skinner cree que el comportamiento de reforzamiento es la forma más eficaz de aumentar el comportamiento deseable. Esto se hace a través del condicionamiento operante.
- Bandura señala que muchos de los comportamientos no se aprenden a través de cualquier tipo de condicionamiento, sino a través de la imitación. Y consideraba que las personas no sólo están influenciadas por su entorno, sino que también tendrán un impacto en su entorno.

Las teorías también exploran el desarrollo cognitivo y cómo los procesos mentales cambian durante el tiempo.

La teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) es uno de los más influyentes teóricos cognitivos. Piaget se inspiró para explorar la capacidad de los niños para pensar y razonar observando el desarrollo de sus propios hijos. Fue uno de los primeros en reconocer y elaborar las formas en que el razonamiento de los niños difiere de los adultos. Su interés en esta área comenzó cuando se le pidió que evaluara el coeficiente intelectual de los niños y comenzó a notar que había un patrón en sus respuestas incorrectas. El consideraba que las habilidades intelectuales de los niños cambiaban con el tiempo a través de la maduración. Los niños de diferentes edades interpretan el mundo de manera diferente.

Figura 1.17: Jean Piaget. (Imagen es de dominio público)

Piaget consideraba que nuestro deseo de entender el mundo proviene de una necesidad de **equilibrio** cognitivo. Se trata de un acuerdo o de equilibrio entre lo que percibimos del mundo exterior y lo que sabemos en nuestra mente. Si experimentamos algo que no podemos entender, tratamos de restablecer el equilibrio ya sea cambiando nuestros pensamientos o alterando la experiencia para que se ajuste a lo que ya entendemos. Tal vez conoces a alguien que es muy diferente a cualquier otra persona que conozcas ¿Cómo comprender más a esta persona? Es posible utilizar a los demás para establecer una nueva categoría de personas en tu mente o se podría considerar en cómo son similares a otras personas.

Un **esquema** o esquemas son categorías de conocimiento. Son como cajas mentales de los conceptos. Un niño tiene que aprender muchos conceptos. Pueden tener un esquema de “bajo” y “suave” o “corriente” y “amargo”. Todos estos son esquemas. Nuestros esfuerzos por comprender el mundo que nos rodea nos llevan a desarrollar un nuevo esquema y modificar los anteriores.

Una forma de dar sentido a nuevas experiencias es centrarse en cómo son similares a los que ya sabemos. Esta es la **asimilación**. Entonces la persona que conocemos que es muy diferente puede ser comprendida como “algo así como mi

hermano" o "su voz se parece mucho a la mía" ¡O un nuevo alimento puede ser asimilado cuando determinamos que tiene el sabor de pollo!

Otra forma de dar sentido al mundo es cambiar de opinión. Podemos hacer un ajuste cognitivo a esta nueva experiencia añadiendo un nuevo esquema. Este alimento es diferente a todo lo que he probado antes. Por ejemplo, ahora tengo una nueva categoría de alimentos que son agridulces en sabor. Esto es una **acomodación**. ¿Te acomodas o asimilas con mayor frecuencia? Los niños acomodan con mayor frecuencia a medida que crean un nuevo esquema. Los adultos tienden a buscar similitud en su experiencia y luego asimilar. Ellos pueden estar menos inclinados a pensar "fuera de la caja".

Piaget sugiere diferentes formas de comprensión que están asociados con la maduración. Se divide en cuatro etapas:

Tabla 1.4 - La teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget

Nombre de la etapa	Descripción de la etapa
Etapa sensoriomotora	Durante la **etapa sensoriomotora** los niños se basan en el uso de los sentidos y habilidades motoras. Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad, el niño sabe por el gusto, el olfato, el tacto, el oído, y los objetos que se mueven alrededor. Este es un verdadero tipo de conocimiento.
Etapa preoperacional	En la **etapa preoperacional**, los niños entre las edades de 2 a 7 años de edad, se vuelven capaces de pensar en el mundo usando símbolos. Un símbolo es algo que representa otra cosa. El uso del lenguaje, ya sea en forma de palabras o gestos, facilita el conocimiento y la comunicación sobre el mundo. Este es el sello de la inteligencia preoperacional y se produce en la primera infancia. Sin embargo, estos niños que son preoperacionales o pre-lógicos. Todavía no entienden cómo funciona el mundo físico. Pueden, por ejemplo, temer a irse por el desagüe si se sientan en la parte delantera de la bañera, a pesar de que son demasiado grandes.
Etapa de las operaciones concretas	Los niños en la **etapa de las operaciones concretas**, entre las edades de 7 a 11 años, desarrollan la capacidad de pensar lógicamente sobre el mundo físico. La infancia media es un periodo para comprender conceptos tales como el tamaño, la distancia y la consistencia de la materia, y la causa y el efecto de las relaciones. Un niño sabe que un huevo revuelto sigue siendo un huevo y que 8 onzas de agua siguen siendo 8 onzas sin importar la forma del vaso que la contenga.
Etapa de las operaciones formales	Durante las etapas de **operaciones formales**, aproximadamente a los 12 años de edad, ellos adquieren la capacidad de pensar con lógica en eventos concretos y abstractos. El adolescente que ha llegado a esta etapa es capaz de considerar posibilidades y contemplar ideas acerca de las situaciones que nunca han sido encontradas directamente. Se puede considerar más la comprensión abstracta de las ideas religiosas o la moral o la ética y los principios abstractos como la libertad y la dignidad.

Críticas a la teoría de Piaget

Piaget ha sido criticado por poner demasiado énfasis en el papel que juega la maduración física en el desarrollo cognitivo y al subestimar el papel que la cultura y la interacción (o experiencia) desempeñan en el desarrollo cognitivo. Mirando a través de

las culturas revela una variación considerable en lo que los niños son capaces de hacer en diferentes edades. Piaget puede haber subestimado de lo que los niños son capaces dadas las circunstancias adecuadas.[33]

Principales consideraciones sobre la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget

Piaget, uno de los más influyentes teóricos cognitivos, considera que

- La comprensión está motivada por tratar de equilibrar lo que sentimos en el mundo y de lo que sabemos en nuestras mentes.
- La comprensión se organiza a través de la creación de categorías de conocimiento. Cuando se presentan con nuevos conocimientos podemos añadir nuevos esquemas modificar los existentes.

La comprensión de los niños del mundo de los cambios son sus habilidades cognitivas que maduran a través de 4 etapas: Etapa sensorio-motriz, etapa preoperacional, etapa operacional concreta, y la etapa de las operaciones formales.

La teoría sociocultural de Lev Vygotsky

Lev Vygotsky (1896-1934) fue un psicólogo ruso que escribió sus obras en el año 1900, pero cuyo trabajo recién fue descubierto en los Estados Unidos en la década de 1960, y se hizo más ampliamente conocido en la década de 1980. Vygotsky difería con Piaget en que él considera que una persona no sólo tiene un conjunto de habilidades, sino también un conjunto de capacidades potenciales que se pueden realizar si se les da la debida orientación por parte de los demás. Su teoría sociocultural hace hincapié en la importancia de la cultura y la interacción en el desarrollo de las capacidades cognitivas. Se cree que, a través de la participación guiada conocido como andamios, con un maestro o un compañero capaz, un niño podrá aprender habilidades cognitivas dentro de un cierto rango conocida como la **zona de desarrollo próximo**.[34] El consideraba que el desarrollo se produjo inicialmente a través de las interacciones sociales inmediatas de los niños, y luego se trasladó a nivel individual, ya que comenzó a internalizar su aprendizaje.[35]

Figura 1.18: Lev Vygotsky. (Imagen por The Vigotsky Project se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

¿Alguna vez le enseñaste a un niño a realizar una tarea? Tal vez se cepillan los dientes o preparan los alimentos. Lo más probable es que hablaste con ellos y describiste lo que estabas haciendo mientras les demostrabas la habilidad y les permitías trabajar contigo durante todo el proceso. Les diste ayuda cuando parecían necesitarla, pero una vez que sabían qué hacer, diste un paso atrás y los dejaste ir. Estos son andamios y se pueden ver demostrados en todo el mundo. Este enfoque de la enseñanza también fue adoptado por los educadores. En lugar de evaluar a los estudiantes sobre lo que están haciendo, deben entenderse en términos de lo que son capaces de hacer con la orientación adecuada. Se puede percibir cómo Vygotsky sería muy popular entre los educadores modernos.[37]

Puntos principales a tener en cuenta sobre la teoría sociocultural de Vygotsky

Vygotsky se concentró en las interacciones del niño con sus compañeros y los adultos. Creía que el niño era un aprendiz, aprendiendo a través de las interacciones sociales sensibles con sus compañeros y adultos más calificados.

La comparación de Piaget y Vigotsky

Vygotsky se concentró más en el entorno social y cultural inmediato del niño y de sus interacciones con los adultos y compañeros. Mientras que Piaget vio al niño como descubriendo activamente el mundo a través de las interacciones

individuales, Vygotsky vio al niño como un aprendiz, aprendiendo a través de un entorno social de otros que tenían más experiencia y eran sensibles a las necesidades y habilidades del niño.[38]

Al igual que Vygotsky, Bronfenbrenner observó las influencias sociales sobre el aprendizaje y el desarrollo.

Modelo de sistemas ecológicos de Urie Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner (1917-2005) nos ofrece una de las más completas teorías del desarrollo humano. Bronfenbrenner estudió a Freud, Erikson, Piaget, y los teóricos del aprendizaje y consideraba que todas esas teorías se podrían mejorar mediante la adición de la dimensión de contexto. Lo que se enseña y cómo la sociedad interpreta las situaciones depende de quién está involucrado en la vida de un niño y de cuando y donde vive un niño.

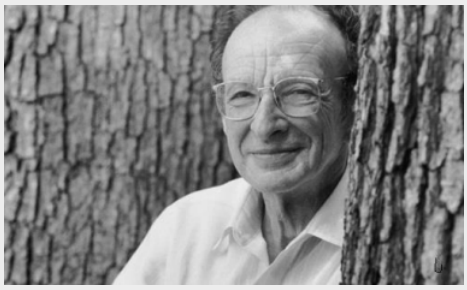


Figura 1.19: Urie Bronfenbrenner. (Imagen por Marco Vicente González se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0)

El modelo de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner explica las influencias directas e indirectas en el desarrollo de un individuo.

Tabla 1.5 – El modelo de sistemas ecológicos de Urie Bronfenbrenner

Nombre del Sistema	Descripción del sistema
Microsistema	Los **microsistemas** afectan a un niño directamente. Estas son las personas con las que interactúa el niño como: padres, compañeros y maestros. Se deberá tomar en cuenta la relación entre cada individuo y quienes lo rodean. Por ejemplo, para apreciar lo que está sucediendo con un estudiante de matemáticas, se deberá conocer la relación entre el estudiante y el maestro.
Mesosistema	Los **mesosistemas** son las interacciones entre los que rodean al individuo. La relación entre los padres y las escuelas, por ejemplo, afectará indirectamente al niño.
Exosistema	Las instituciones más grandes, como los medios de comunicación o el sistema de salud, se denominan exosistema. Estos tienen un impacto en las familias, compañeros y escuelas que operan bajo las políticas y regulaciones que se encuentran en dichas instituciones.
Macrosistema	El macrosistema incluye los valores y las creencias de una cultura. Los ideales y expectativas extensas del macrosistema informan a las instituciones que afectarán al individuo.
Cronosistema	Todo esto sucede en un contexto histórico denominado cronosistema. Los valores culturales cambian con el tiempo, al igual que las políticas de las instituciones educativas o los gobiernos en ciertos climas políticos. El desarrollo ocurre en un punto en el tiempo

Por ejemplo, con el fin de entender a un estudiante de matemáticas, no podemos simplemente mirar a ese individuo y qué desafíos enfrenta directamente con la materia. Tenemos que mirar las interacciones que se producen entre el maestro y el niño. Tal vez el maestro necesita hacer modificaciones también. El maestro puede estar respondiendo a las regulaciones elaboradas por la escuela, tales como nuevas expectativas para los estudiantes en matemáticas o limitaciones de tiempo que interfieren con la capacidad del maestro para instruir. Estas nuevas demandas pueden ser una respuesta a los esfuerzos locales para promover las matemáticas y las ciencias consideradas importantes por los líderes políticos en respuesta a las relaciones con otros países en un momento particular de la historia.

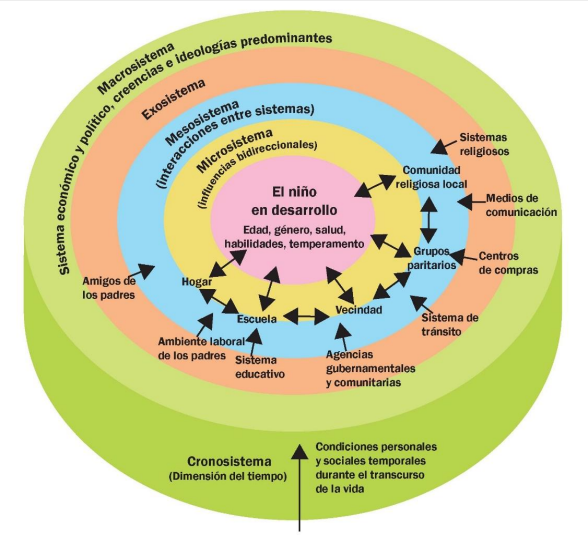


Figura 1.20: La teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner. (Imagen por Ian Joslin se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0)

El modelo de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner nos desafía a ir más allá del individuo, si queremos entender el desarrollo humano y promover mejoras.[41]

Principales consideraciones sobre el modelo ecológico de Bronfenbrenner

After studying all of the prior theories, Bronfenbrenner added an important element of context to the discussion of influences on human development.

- He believed that the people involved in children's lives and when and where they live are important considerations.
- He created a model of nested systems that influence the child (and are influenced by the child) that include: microsystems, mesosystems, the exosystem, macrosystems, and chronosystems.

Contribuyentes y atribuciones

20. Introduction to Developmental Theories por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

22. Psychodynamic Theory por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0; Lecture Transcript: Developmental Theories por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

24. Psychosocial Theory por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

25. History of Psychology por David B. Baker and Heather Sperry se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

30. Exploring Behavior por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0; Lecture Transcript: Developmental Theories por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

31. Exploring Behavior por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

Rasmussen, Eric (2017, Oct 19). *Screen Time and Kids: Insights from a New Report*. Retrieved from https://www.pbs.org/parents/thrive/screen-time-and-kids-insights-from-a-new-report

33. Lecture Transcript: Developmental Theories por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0 (modificado por Jennifer Paris)

Exploring Cognition por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

34. Cognición explorar por lumen de aprendizaje se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

35. Children's Development por Ana R. Leon se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

37. Exploring Cognition por Lumen Learning se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

38. Children's Development por Ana R. Leon se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

41. Children's Development por Ana R. Leon se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 1.5: Teorías del desarrollo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

1.S: Conclusión

En este capítulo examinamos los siguientes puntos:

- Principios subyacentes del desarrollo
- Los cinco períodos del desarrollo
- Tres cuestiones en el desarrollo
- Varios métodos de investigación
- Teorías importantes que nos ayudan a entender el desarrollo

A continuación, examinaremos nuestro punto inicial: la concepción, la herencia y el desarrollo prenatal.

This page titled 1.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

2: Concepción, herencia y desarrollo prenatal

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo, podrás:

1. Evaluar los roles de la naturaleza y la crianza en el desarrollo.
2. Definir que son los genes y cromosomas.
3. Diferenciar mitosis y meiosis.
4. Explicar los patrones dominantes y regresivos de la herencia.
5. Enumerar los desórdenes genéticos comunes y las anomalías cromosómicas.
6. Describir los cambios que ocurren dentro de cada uno de los tres períodos de desarrollo prenatal.
7. Reconocer los riesgos para el desarrollo prenatal que plantea la exposición a los teratógenos.
8. Evaluar diferentes tipos de evaluación prenatal.

En este capítulo, comenzaremos examinando algunas de las formas en que la herencia ayuda a moldear la forma en que somos. Veremos qué sucede genéticamente durante la concepción y describiremos algunos trastornos genéticos y cromosómicos conocidos. A continuación, consideraremos lo que sucede durante el desarrollo prenatal, incluido el impacto de los teratógenos. También discutiremos el impacto que tanto la madre como el padre tienen en el feto en desarrollo.

2.1: Herencia
2.2: Desarrollo prenatal
2.S: Conclusión

This page titled 2: Concepción, herencia y desarrollo prenatal is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

2.1: Herencia

En este capítulo, comenzaremos examinando algunas de las formas en que la herencia ayuda a moldear la forma en que somos. Veremos qué sucede genéticamente durante la concepción y describiremos algunos trastornos genéticos y cromosómicos conocidos. A continuación, consideraremos lo que sucede durante el desarrollo prenatal, incluido el impacto de los teratógenos. También discutiremos el impacto que tanto la madre como el padre tienen en el feto en desarrollo.[1]

Naturaleza y educación

La mayoría de los alumnos están de acuerdo en que existe una interacción constante entre la naturaleza (herencia) y la educación (el medio ambiente). Es difícil aislar la raíz de cualquier característica individual como resultado únicamente de la naturaleza o la educación, y la mayoría de los estudiosos creen que incluso determinar hasta qué punto la naturaleza o la educación impactan en un rasgo humano es difícil de responder. De hecho, casi todas las características humanas son poligénicas (resultado de muchos genes) y multifactoriales (resultado de muchos factores, tanto genéticos como ambientales). Es como si la composición genética de uno estableciera una gama de posibilidades, que pueden realizarse o no dependiendo de las experiencias ambientales de uno. Por ejemplo, una persona puede estar genéticamente predispuesta a desarrollar diabetes, pero el estilo de vida de la persona puede determinar si realmente desarrollará o no la enfermedad.[2]

Esta interacción bidireccional entre la naturaleza y la crianza es el **marco epigenético**, lo que sugiere que el entorno puede afectar la expresión de genes al igual que las predisposiciones genéticas pueden afectar el potencial de una persona. Y las circunstancias ambientales pueden desencadenar síntomas de un trastorno genético.

Correlaciones Ambientales

Las **correlaciones ambientales** se refieren a los procesos por los cuales los factores genéticos contribuyen a las variaciones en el medio ambiente (Plomin, DeFries, Knopik y Neiderhiser, 2013). Hay tres tipos de correlaciones genotipo-ambiente:

La **correlación pasiva genotipo-ambiente** ocurre cuando los niños heredan pasivamente los genes y el entorno que proporciona su familia. Ciertas características de comportamiento, como ser atlético, pueden darse en familias. Los niños heredan los genes que permitirán el éxito en estas actividades y se les proporciona el entorno que los animará a participar en dichas actividades.

Figura 2.1: Dos esquiadores. (Image por Alexey Ruban en Unsplash)

La **correlación evocativa genotipo-ambiente** se refiere a cómo el entorno social reacciona a los individuos en función de sus características heredadas. Por ejemplo, si uno tiene un temperamento más extrovertido o tímido afectará la forma en que otros lo tratan.

La **correlación activa genotipo-ambiente** ocurre cuando los individuos buscan ambientes que apoyan sus tendencias genéticas. Esto también se conoce como selección de buena posición. Por ejemplo, los niños con inclinación musical buscan instrucción musical y oportunidades que faciliten su habilidad musical natural.

Por el contrario, las **interacciones genotipo-medio ambiente** implican susceptibilidad genética al medio ambiente. Los estudios de adopción proporcionan evidencia de interacciones genotipo-ambiente. Por ejemplo, el Estudio de Crecimiento y Desarrollo Temprano (Leve, Neiderhiser, Scaramella y Reiss, 2010) siguió a 360 niños adoptados y sus padres biológicos y adoptados en un estudio longitudinal. Los resultados han demostrado que los niños cuyos padres biológicos exhibieron psicopatología, exhibieron significativamente menos problemas de comportamiento cuando sus padres adoptivos usaron una crianza más estructurada que la no estructurada. Además, la psicopatología elevada en los padres adoptivos aumentó el riesgo de que los niños desarrollen problemas de conducta, pero solo cuando la psicopatología de los padres biológicos era alta. En consecuencia, los resultados muestran cómo los efectos ambientales en el comportamiento difieren según el genotipo, especialmente los entornos estresantes en niños con riesgo genético. [4]

Genes y cromosomas

Ahora, veamos más de cerca solo la naturaleza. La naturaleza se refiere a la contribución de la genética al desarrollo de uno. El componente básico de la perspectiva de la naturaleza es el gen. Los genes son recetas para hacer proteínas, mientras que las proteínas influyen en la estructura y funciones de las células. Los genes se encuentran en los cromosomas y se estima que hay 20,500 genes para humanos, según el Proyecto Genoma Humano (NIH, 2015).

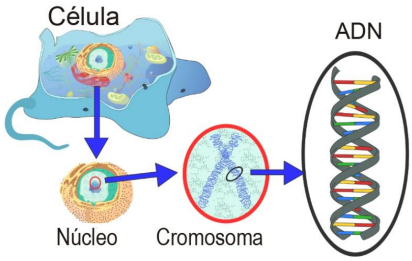


Figura 2.2: Ubicación del DNA en la célula. (Image por Radio89 bajo licencia CC BY-SA 3.0 (la imagen original fue modificada))

Las células humanas normales contienen 46 cromosomas (o 23 pares; uno de cada padre) en el núcleo de las células. Después de la concepción, la mayoría de las células del cuerpo se crean mediante un proceso llamado mitosis. La **mitosis** se define como el núcleo de la célula que hace una copia exacta de todos los cromosomas y se divide en dos células nuevas.

Sin embargo, las células utilizadas en la reproducción sexual, llamadas gametos (esperma u óvulos), se forman en un proceso llamado **meiosis**. En la meiosis, los cromosomas del gameto se duplican y luego se dividen dos veces, lo que da como resultado cuatro células que contienen solo la mitad del material genético del gameto original. Por lo tanto, cada esperma y óvulo posee solo 23 cromosomas y se combinan para producir los 46 normales.

Tabla 2.1 - Mitosis & Meiosis [6]

Tipo de división celular	Explicación	Pasos
Mitosis	Todas las células, excepto las utilizadas en la reproducción sexual, son creadas por mitosis.	Paso 1. Los cromosomas hacen una copia duplicada Paso 2. Se crean dos células idénticas
Meiosis	Las células utilizadas en la reproducción sexual son creadas por meiosis	Paso 1. Intercambio de genes entre los cromosomas (cruzando) Paso 2. Los cromosomas hacen un duplicado Paso 3. Primera división celular Paso 4. Segunda división celular

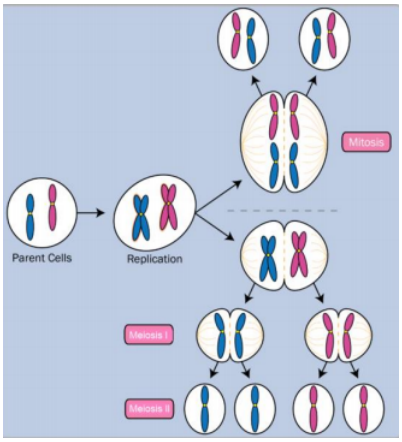


Figura 2.3: Mitosis y Meiosis. (Image por Community College Consortium for Bioscience Credentials bajo licencia CC BY 3.0)

Dada la cantidad de genes presentes y la imprevisibilidad del proceso de meiosis, la probabilidad de tener descendientes genéticamente idénticos (y no gemelos) es de uno en billones (Gould y Keeton, 1997).

De los 23 pares de cromosomas creados en la concepción, 22 pares son similares en longitud. Estos se llaman **autosomas**. El par restante, o los **cromosomas sexuales**, pueden diferir en longitud. Si un niño recibe la combinación de XY, el niño será genéticamente masculino. Si el niño recibe la combinación XX, el niño será genéticamente femenino.

Aquí hay una imagen (llamada cariograma) de cómo se ven los 23 pares de cromosomas. Observe las diferencias entre los cromosomas sexuales en mujeres (XX) y hombres (XY).

Figura 2.4: Los 23 pares de cromosomas. (Image por Nami-ja de dominio público)

Genotipos y Fenotipos; Patrones de Herencia

La palabra **genotipo** se refiere a la suma total de todos los genes que una persona hereda. La palabra **fenotipo** se refiere a las características que realmente se expresan. Mírate en el espejo. ¿Qué ves, tu genotipo o tu fenotipo? ¿Qué determina si los genes se expresan o no?

Debido a que los genes se heredan en pares en los cromosomas, podemos recibir la misma versión de un gen de nuestra madre y padre, es decir, ser **homocigotos** para esa característica que influye el gen. Si recibimos una versión diferente del gen de cada padre, eso se conoce como **heterocigoto**.

En la situación homocigota mostraremos esa característica. Es en la condición heterocigótica que queda claro que no todos los genes son creados iguales. Algunos genes son **dominantes**, lo que significa que se expresan en el fenotipo incluso cuando se combinan con una versión diferente del gen, mientras que su pareja silenciosa se llama recesiva. Los genes **recesivos** se expresan solo cuando se combinan con un gen de versión similar. Los genetistas se refieren a diferentes versiones de un gen como alelos. Algunos rasgos dominantes incluyen tener hoyuelos faciales, cabello rizado, visión normal y cabello oscuro. Algunos rasgos recesivos incluyen el pelo rojo, ser miope y el pelo liso.

La mayoría de las características no son el resultado de un solo gen; son **poligénicos**, lo que significa que son el resultado de varios genes. Además, los patrones dominantes y recesivos descritos anteriormente tampoco suelen ser tan simples. Algunas veces el gen dominante no suprime completamente el gen recesivo; esto se llama dominio incompleto.[9]

Desórdenes genéticos

La mayoría de los **desórdenes genéticos** conocidos están ligados a genes dominantes; sin embargo, la gran mayoría de los desórdenes relacionados con genes dominantes no son graves ni debilitantes. Por ejemplo, la mayoría de las personas con el síndrome de Tourette sufren tics menores de vez en cuando y pueden controlar fácilmente sus síntomas. Cuando las enfermedades relacionadas con genes dominantes son graves, no tienden a volverse sintomáticas hasta más adelante en la vida. La enfermedad de Huntington es un desorden relacionado con el gen dominante que afecta el sistema nervioso y es fatal, pero no aparece hasta la mediana edad.

Los desórdenes genéticos recesivos, como la fibrosis quística y la anemia falciforme, son menos comunes, pero en realidad pueden cobrar más vidas porque es menos probable que se detecten, ya que las personas desconocen que son portadores de la enfermedad.

Algunos desórdenes genéticos están ligados al sexo; El gen defectuoso se encuentra en el cromosoma X. Los hombres solo tienen un cromosoma X, por lo que tienen un mayor riesgo de desórdenes relacionados con el sexo debido a un gen recesivo como la hemofilia, el daltonismo y la calvicie. Para que las mujeres se vean afectadas por defectos genéticos recesivos, necesitan heredar el gen recesivo en ambos cromosomas X. Pero si el gen defectuoso es dominante, las mujeres corren el mismo riesgo.

Aquí hay tablas de algunos trastornos genéticos:

Desórdenes Recesivos (homocigotos): El individuo hereda un cambio genético de ambos padres. Si el gen se hereda de uno solo de los padres, la persona es portadora y no tiene esa condición.

Tabla 2.2 - Trastornos recesivos (homocigotos)[10]

Enfermedad	Descripción	Casos por nacimiento
Enfermedad de células falciformes (SCD)	Una afección en la que los glóbulos rojos del cuerpo tienen forma falciforme (como la letra C) y afectan la capacidad de la sangre para transportar oxígeno.	1 de cada 500 nacimientos de raza negra 1 de cada 36,000 nacimientos hispanos
Fibrosis Quística (FQ)	Una afección que afecta la respiración y la digestión debido a la acumulación de mucosidad espesa en el cuerpo, especialmente en los pulmones y el sistema digestivo. En la FQ, la mucosidad es más espesa de lo normal y pegajosa.	1 en 3500
Fenilcetonuria (PKU)	Desorden metabólico en el que el individuo no puede metabolizar la fenilalanina, un aminoácido. Si no se trata, se producen déficits intelectuales. La PKU se detecta fácilmente y se trata con una dieta especial.	1 en 10,000
Enfermedad de Tay-Sachs	Causada por una deficiencia enzimática que resulta en la acumulación de lípidos en las células nerviosas del cerebro. Esta acumulación resulta en daño progresivo a las células y una disminución en el desarrollo cognitivo y físico. La muerte generalmente ocurre a los cinco años.	1 en 4000 1 de cada 30 judíos estadounidenses es portador 1 de cada 20 canadienses franceses es portador
Albinismo	Cuando el individuo carece de melanina y procesa poco o ningún pigmento en la piel, el cabello y los ojos. También pueden ocurrir problemas de visión.	Menos de 20,000 casos en EE. UU. Por año

Desórdenes autosómicos dominantes (heterocigotos): para tener el trastorno, el individuo solo necesita heredar el cambio genético de uno de los padres.

Tabla 2.3 - Desórdenes autosómicos dominantes (heterocigotos)[11]

Enfermedad	Descripción	Casos por nacimiento
Enfermedad de Huntington	Una condición que afecta el sistema nervioso del individuo. Las células nerviosas se dañan y se deterioran varias partes del cerebro. La enfermedad afecta el movimiento, el comportamiento y la cognición. Es fatal y ocurre en la mediana edad.	1 en 10,000
Síndrome de Tourette	Un trastorno de tics que resulta en tics incontrolables motores y vocales, así como sacudidas corporales.	1 en 250

Acondroplasia	La forma más común de estatura baja desproporcionada. El individuo tiene un crecimiento óseo anormal que resulta en baja estatura, brazos y piernas desproporcionadamente cortos, dedos cortos, cabeza grande y rasgos faciales específicos.	1 en 15,000-40,000

Desórdenes ligados al sexo: Cuando el cromosoma X lleva el gen mutado, el desorden se conoce como un desorden ligado a X. Los hombres están más afectados que las mujeres porque poseen un solo cromosoma X sin un cromosoma X adicional para contrarrestar el gen dañino.

Tabla 2.4 - Desórdenes ligados al sexo[12]

Enfermedad	Descripción	Casos por nacimiento
Síndrome X frágil	Ocurre cuando el cuerpo no puede producir suficiente proteína que necesita para que el cerebro crezca y pueden ocurrir problemas de aprendizaje y comportamiento. El síndrome X frágil es causado por una anormalidad en el cromosoma X, que luego se rompe. Si una mujer tiene una X frágil, su segundo cromosoma X generalmente está sano, pero los hombres con X frágil no tienen un segundo cromosoma X sano. Esta es la razón por la cual los síntomas de X frágil suelen ser más graves en los hombres.	1 en 4000 varones 1 en 8000 mujeres
Hemofilia	Ocurre cuando hay problemas en la coagulación de la sangre que causan hemorragias internas y externas.	1 en 10,000 varones
Distrofia muscular de Duchenne	Un debilitamiento de los músculos que resulta en una incapacidad de movimiento, desgaste y posible muerte.	1 en 3500 mujeres

Anomalías cromosómicas: una anomalía cromosómica ocurre cuando un niño hereda demasiados o tan solo dos cromosomas. La causa más común de anomalías cromosómicas es la edad de la madre. A medida que la madre envejece, es más probable que el óvulo sufra anormalidades debido a la exposición a largo plazo a factores ambientales. En consecuencia, algunos gametos no se dividen de manera uniforme cuando se están formando. Por lo tanto, algunas células tienen más de 46 cromosomas. De hecho, se cree que casi la mitad de todos los cigotos tienen un número impar de cromosomas. La mayoría de estos cigotos no se desarrollan y son abortados espontáneamente por el cuerpo de la madre.[13]

Aquí hay una tabla de algunos desórdenes cromosómicos autosómicos:

Desórdenes del cromosoma autosómico: El individuo hereda demasiados o tan solo dos cromosomas.

Tabla 2.5 - Desórdenes cromosómicos autosómicos[14]

Desórden	Descripción

Síndrome de Down / Trisomía 21	Causado por un cromosoma 21 adicional e incluye una combinación de defectos de nacimiento. Las personas afectadas tienen cierto grado de discapacidad intelectual, rasgos faciales característicos, a menudo defectos cardíacos y otros problemas de salud. La gravedad varía mucho entre las personas afectadas.
Trisomía 9 Mosaicismo	Causado por tener un cromosoma 9 adicional en algunas células. La gravedad de los efectos se relaciona con la proporción de células con cromosomas adicionales. Los efectos incluyen la restricción del crecimiento fetal que resulta en bajo peso al nacer y múltiples anomalías, incluyendo anormalidades faciales, cardíacas, musculoesqueléticas, genitales, renales y respiratorias.
Trisomía 13	Causada por un cromosoma 13. Las personas afectadas tienen múltiples defectos de nacimiento y generalmente mueren en las primeras semanas o meses de vida.
Trisomía 18	Causado por un cromosoma 18 adicional y el individuo afectado también tiene múltiples defectos de nacimiento y muerte prematura.

Figura 2.5: Niño pequeño con trisomía 9 Mosaicismo. (Imagen por Ashley Onken utilizado con autorización)

Figura 2.6: Niña con Síndrome XXX. (Image es de dominio público)

Cuando la anormalidad está en el 23er par, el resultado es una anormalidad cromosómica ligada al sexo. Esto sucede cuando una persona tiene menos o más de dos cromosomas sexuales.

Aquí hay una tabla de algunos trastornos cromosómicos relacionados con el sexo:

Tabla 2.6 - Trastornos cromosómicos ligados al sexo[17]

Desorden	Descripción
Síndrome de Turner (XO)	Causado cuando todo o parte de uno de los cromosomas X se pierde antes o poco después de la concepción debido a un evento aleatorio. El cigoto resultante tiene una composición XO. El síndrome de Turner afecta el funcionamiento cognitivo y la maduración sexual en las niñas. Se puede notar infertilidad y baja estatura.
Síndrome de Klinefelter (XXY)	Causado cuando un cromosoma X adicional está presente en las células de un hombre debido a un evento aleatorio. El cromosoma Y estimula el crecimiento de los genitales masculinos, pero el cromosoma X adicional inhibe este desarrollo. El hombre puede tener algo de desarrollo mamario, infertilidad y bajos niveles de testosterona.

Síndrome XYY	Causado cuando un cromosoma Y adicional está presente en las células de un hombre. Hay pocos síntomas. Pueden incluir ser más alto que el promedio, acné y un mayor riesgo de problemas de aprendizaje. En general, la persona es normal, incluida la fertilidad normal.
Síndrome de triple X (XXX)	Causado cuando un cromosoma X adicional está presente en las células de una mujer. Puede resultar en ser más alta que el promedio, dificultades de aprendizaje, disminución del tono muscular, convulsiones y problemas renales.

Contribuyentes y atribuciones

1. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 34) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

2. Lifespan Development - Module 3: Prenatal Development por Lumen Learning references Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

4. Lifespan Development: A Psychological Perspective (page 40) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

6. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 34) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0 (contenido modificado: imagen realizada en tabla)

9. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 35) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

10. Lifespan Development: A Psychological Perspective (pages 36-37) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

11. Lifespan Development: A Psychological Perspective (pages 36-37) by Martha Lally and Suzanne Valentine-French is licensed under CC BY-NC-SA 3.0

13. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 38) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

14. Trisomy 9 Mosaicism Diagnosed In Utero por Hironori Takahashi, Satoshi Hayashi, Yumiko Miura, Keiko Tsukamoto, Rika Kosaki, Yushi Itoh, y Haruhiko Sago bajo licencia CC BY 3.0; Lifespan Development: A Psychological Perspective (page 39) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

17. XYY Syndrome by Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0; Triple X Syndrome por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0; Lifespan Development: A Psychological Perspective (página39) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 2.1: Herencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

2.2: Desarrollo prenatal

Ahora dirigimos nuestra atención al desarrollo prenatal que se divide en tres períodos: el período germinal, el período embrionario y el período fetal. La siguiente es una descripción general de algunos de los cambios que tienen lugar durante cada período.

El período germinal

El **período germinal** (aproximadamente 14 días de duración) dura desde la **concepción** hasta la implantación del óvulo fertilizado en el revestimiento del útero. En la eyaculación, se liberan millones de espermatozoides en la vagina, pero solo unos pocos llegan al óvulo y, por lo general, solo uno fertiliza el óvulo. Una vez que un solo esperma ha entrado en la pared del óvulo, la pared se endurece y evita que otros espermatozoides entren. Después de que el esperma ha entrado en el óvulo, la cola del esperma se desprende y la cabeza del esperma, que contiene la información genética del padre, se une con el núcleo del huevo. Por lo general, se fertiliza en la sección superior de la trompa de Falopio y continúa su viaje hacia el útero. Como resultado, se forma una nueva celda. Esta célula, que contiene la información genética combinada de ambos padres, se conoce como **cigoto**.

Figura 2.7: Esperma y óvulo en la concepción. (Imagen es de dominio público)

Durante este tiempo, el organismo comienza la división celular a través de la mitosis. Después de cinco días de mitosis, hay 100 células, que son conocidas como blastocistos. El blastocisto consiste en un grupo interno y externo de células. El grupo interno de células, o disco embrionario, se convertirá en el embrión, mientras que el grupo externo de células, o trofoblasto, se convertirá en el sistema de soporte que nutre al organismo en desarrollo. Esta etapa finaliza cuando el blastocisto se implanta completamente en la pared uterina (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU., 2015).

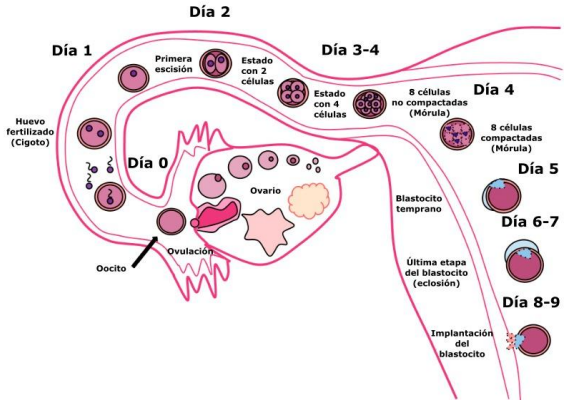


Figura 2.8: El ciclo de fertilización. (Image por Ttrue12 bajo licencia CC BY-SA 3.0)

La mitosis es un proceso frágil y menos de la mitad de todos los cigotos sobreviven más allá de las dos primeras semanas (Hall, 2004). Algunas de las razones para esto incluyen: el óvulo y el esperma no se unen correctamente, por lo tanto, su material genético no se combina, hay muy poco o está dañado el material genético, el cigoto no se replica o el blastocisto no se implanta en la pared uterina. La tasa de fracaso es mayor para las concepciones in vitro. La siguiente figura ilustra el viaje de los óvulos desde su liberación hasta su fertilización, duplicación celular e implantación en el revestimiento uterino.[18]

El periodo embrionario

A partir de la tercera semana, el blastocisto se ha implantado en la pared uterina. Tras la implantación, este organismo multicelular se denomina **embrión**. Ahora los vasos sanguíneos crecen formando la placenta. La **placenta** es una estructura conectada al útero que proporciona alimento y oxígeno desde la madre al embrión en desarrollo a través del cordón umbilical.

Durante este período, las células continúan **diferenciando**. El crecimiento durante el desarrollo prenatal ocurre en dos direcciones principales: de la cabeza a la cola, llamado **desarrollo cefalocaudal**, y desde la línea media hacia afuera, denominado **desarrollo**

proximodistal. Esto significa que las estructuras más cercanas a la cabeza se desarrollan antes que las más cercanas a los pies y las estructuras más cercanas al torso se desarrollan antes que las que están lejos del centro del cuerpo (como las manos y los dedos). Verá que este patrón continúa después del nacimiento.

La cabeza se desarrolla en la cuarta semana y el precursor del corazón comienza a latir. En las primeras etapas del período embrionario, las branquias y la cola son evidentes. Sin embargo, al final de esta etapa desaparecen y el organismo adquiere una apariencia más humana.

Figura 2.9: Un embrión humano (Image por Anatomist90 bajo licencia CC BY-SA 3.0)

Alrededor del 20 por ciento de los organismos fallan durante el período embrionario, generalmente debido a anomalías cromosómicas graves, a menudo antes de que la madre sepa que está embarazada. Es durante esta etapa que las principales estructuras del cuerpo están tomando forma, haciendo que el período embrionario sea el momento en que el organismo es más vulnerable a la mayor cantidad de daño si se expone a sustancias nocivas. Las futuras madres a menudo no son conscientes de los riesgos que presentan al embrión en desarrollo durante este tiempo. El embrión mide aproximadamente 1 pulgada de largo y pesa aproximadamente 4 gramos al final de las ocho semanas. El embrión puede moverse y responder al tacto en este momento.[20]

El periodo fetal

Desde la novena semana hasta el nacimiento (que es cuarenta semanas para un embarazo a término), el organismo se conoce como feto. Durante esta etapa, las estructuras principales continúan desarrollándose. Para el tercer mes, el feto tiene todas sus partes del cuerpo, incluidos los genitales externos. El feto mide aproximadamente 3 pulgadas de largo y pesa unos 28 gramos. En las siguientes semanas, el feto desarrollará cabello, uñas, dientes y los sistemas excretor y digestivo continuarán desarrollándose.

Figura 2.10: Un feto humano. (Image por lunar caustic bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Durante los meses 4 y 6, los ojos se vuelven más sensibles a la luz y se desarrolla la audición. El sistema respiratorio continúa desarrollándose, y durante el 5to mes se desarrollan reflejos como succión, deglución e hipo. Los ciclos de sueño y vigilia también están presentes en este momento. La primera posibilidad de supervivencia fuera del útero, conocida como la edad de viabilidad, se alcanza aproximadamente a las 24 semanas (Morgan, Goldenberg y Schulkin, 2008). Muchos practicantes dudan en resucitar antes de las 24 semanas. La mayoría de las neuronas en el cerebro se han desarrollado a las 24 semanas, aunque todavía son rudimentarias, y las células gliales o nodrizas que sostienen las neuronas continúan creciendo. A las 24 semanas, el feto puede sentir dolor (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 1997).

Entre los 7 y 9 meses, el feto se está preparando principalmente para el parto. Está ejercitando sus músculos y sus pulmones comienzan a expandirse y contraerse. El feto gana alrededor de 5 libras y 7 pulgadas durante este último trimestre del embarazo, y durante el octavo mes se desarrolla una capa de grasa debajo de la piel. Esta capa de grasa sirve como aislamiento y ayuda al bebé a regular la temperatura corporal después del nacimiento.

Alrededor de las 36 semanas, el feto está casi listo para nacer. Pesa alrededor de 6 libras y mide aproximadamente 18.5 pulgadas de largo. Para la semana 37, todos los sistemas de órganos del feto se han desarrollado lo suficiente como para que pueda sobrevivir fuera del útero de la madre sin muchos de los riesgos asociados con el parto prematuro. El feto continúa aumentando de peso y

creciendo en longitud hasta aproximadamente 40 semanas. Para entonces, el feto tiene muy poco espacio para moverse y el nacimiento se vuelve inminente. La progresión a través de las etapas se muestra en la siguiente figura.[22]

Figura 2.11: El desarrollo de un feto. (Imagen por CNX Psychology bajo CC BY 4.0)

Gemelos monocigóticos y dicigóticos

Los gemelos **monocigóticos** o idénticos suceden cuando un óvulo fertilizado se separa en las primeras dos semanas de desarrollo. El resultado es la creación de dos descendientes separados, pero genéticamente idénticos. Es decir, poseen el mismo genotipo y, a menudo, el mismo fenotipo. Alrededor de un tercio de los gemelos son gemelos monocigóticos.

A veces, sin embargo, dos óvulos u óvulos son liberados y fertilizados por dos espermatozoides separados. El resultado son gemelos **dicigóticos** o fraternos. Estas dos personas comparten la misma cantidad de material genético que cualquiera de los dos hijos de la misma madre y padre. En otras palabras, poseen un genotipo y fenotipo diferente.

Las madres mayores tienen más probabilidades de tener gemelos dicigóticos que las madres más jóvenes, y las parejas que usan medicamentos para la fertilidad también tienen más probabilidades de dar a luz gemelos dicigóticos.[24]

Figura 2.12: Monozygotic Twins (Imagen es de dominio público)

Figura 2.13 Gemelos dicigóticos (Imagen por Jennifer Paris usado con autorización)

Teratógenos

Una buena atención prenatal es esencial para proteger contra la mortalidad materna y fetal / infantil y las complicaciones del parto. El embrión y el feto corren el mayor riesgo de algunos de los problemas más graves durante los primeros tres meses de desarrollo. Desafortunadamente, este es un momento en el que muchas madres no saben que están embarazadas. Hoy, conocemos muchos de los factores que pueden poner en peligro la salud del niño en desarrollo. El estudio de los factores que contribuyen a los defectos congénitos se llama teratología. Los **teratógeno**s son factores ambientales que pueden contribuir a defectos congénitos e incluyen algunas enfermedades maternas, contaminantes, drogas y alcohol.

Factores que influyen en los riesgos prenatales: existen varias consideraciones para determinar el tipo y la cantidad de daño que podría resultar de la exposición a un teratógeno particular (Berger, 2005).

Éstos incluyen:

- **El momento de la exposición:** Las estructuras en el cuerpo son vulnerables al daño más severo cuando se están formando. Si se introduce una sustancia durante el período crítico de una estructura particular (tiempo de desarrollo), el daño a esa estructura puede ser mayor. Por ejemplo, las orejas y los brazos alcanzan sus períodos críticos aproximadamente 6 semanas después de la concepción. Si una madre expone el embrión a ciertas sustancias durante este período, los brazos y las orejas pueden estar malformados. (ver figura a continuación)
- **La cantidad de exposición:** Algunas sustancias no son dañinas a menos que las cantidades alcancen cierto nivel. El nivel crítico depende en parte del tamaño y el metabolismo de la madre.
- **El número de teratógenos:** Los fetos expuestos a múltiples teratógenos suelen tener más problemas que los expuestos a solo uno.
- **Genética** La composición genética también juega un papel en el impacto que un teratógeno particular podría tener en el niño. Esto es sugerido por gemelos fraternos expuestos al mismo ambiente prenatal, pero no experimentan los mismos efectos teratogénicos. La composición genética de la madre también puede tener un efecto; Algunas madres pueden ser más resistentes a los efectos teratogénicos que otras.
- **Ser hombre o mujer:** Los hombres son más propensos a sufrir daños debido a los teratógenos que las mujeres. Se cree que el cromosoma Y, que contiene menos genes que el X, puede tener un impacto. [27]

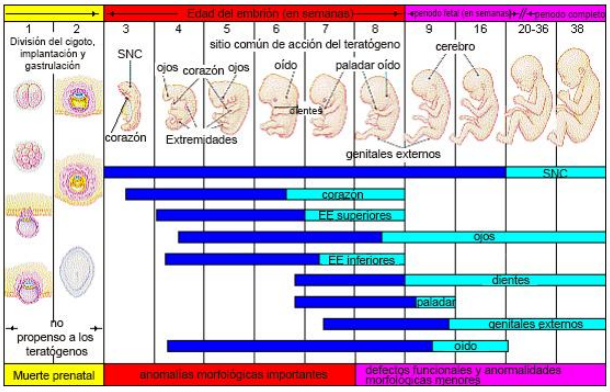


Figura 2.14: El desarrollo de un embrión en un feto. (Imagen por Laura Overstreet bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0)

Hay cuatro categorías de teratógenos:

1. **Teratógenos físicos:** Estos pueden ser saunas, jacuzzis o infecciones que elevan la temperatura corporal de una mujer embarazada a 102 grados Fahrenheit o más. Esto se asocia con defectos del tubo neural, abortos espontáneos y diversas anomalías cardiovasculares.
2. **Condiciones metabólicas que afectan a las mujeres embarazadas**: Las condiciones metabólicas son anormalidades en el proceso químico de producción de energía a partir de los alimentos y, por lo tanto, afectan el desarrollo y la función del cuerpo. Si una mujer embarazada está desnutrida, es probable que su feto carezca de los nutrientes esenciales para su desarrollo. Estos incluyen: desnutrición, diabetes y trastornos de la tiroides.
3. **Infecciones**: Las diferentes infecciones maternas, como el virus de la rubéola, el virus del herpes simple y la sífilis, pueden causar anomalías congénitas en los fetos.
4. **Drogas y productos químicos**: Cuando las mujeres embarazadas ingieren o absorben estos, pueden causar una variedad de efectos diferentes según el agente específico, la cantidad de exposición y el momento. Esta categoría incluye: radiación, metales

pesados (incluido el plomo), insecticidas y herbicidas, medicamentos recetados y de venta libre, drogas ilícitas y recreativas, alcohol, cigarrillos, nicotina, cafeína e incluso algunas vitaminas.[29]

Si bien hay muchos teratógenos potenciales, las siguientes tablas analizan los efectos de algunos tipos diferentes de teratógenos. Los riesgos de exposición varían según el estilo de vida y la salud. Los efectos pueden variar mucho dependiendo de los factores mencionados anteriormente. La protección y la prevención variarán según el método de exposición.

Tabla 2.7 – Las drogas como teratógenos

Teratógeno	Efectos potenciales
Cafeína	Las cantidades moderadas de cafeína (200 mg o alrededor de 12 onzas de café) parecen ser seguras durante el embarazo. Algunos estudios han demostrado un vínculo entre mayores cantidades de cafeína y aborto espontáneo y parto prematuro.[30]
Tabaco	El consumo de tabaco se ha asociado con bajo peso al nacer, placenta previa, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, síndrome de muerte súbita del lactante, labio leporino o paladar hendido y problemas de salud posteriores (como presión arterial alta y diabetes).[31]
Alcohol	No hay una cantidad segura de alcohol que una mujer pueda beber durante el embarazo. El alcohol puede retrasar el crecimiento del bebé, afectar el cerebro del bebé y causar defectos de nacimiento, y puede provocar un desorden del espectro alcohólico fetal (FASD). Los efectos pueden ser leves a severos. Los niños nacidos con una forma severa de FASD pueden tener rasgos faciales anormales, discapacidades severas de aprendizaje, problemas de comportamiento y otros problemas.[32]
Cocaína	El consumo de cocaína se ha relacionado con bajo peso al nacer, nacimiento de un niño muerto, aborto espontáneo, desprendimiento de la placenta, parto prematuro, aborto espontáneo y síndrome de abstinencia neonatal (la adicción fetal lleva al recién nacido a experimentar abstinencia).[33]
Marihuana	No se ha demostrado que ninguna cantidad de marihuana sea segura de usar durante el embarazo. El uso intensivo se ha asociado con daño cerebral, parto prematuro y muerte fetal.[34]
Heroína	El uso de heroína durante el embarazo puede causar defectos de nacimiento, desprendimiento de la placenta, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal, muerte fetal y síndrome de muerte súbita infantil.[35]
Medicamentos de venta libre (OTC)	Algunos medicamentos de venta libre son seguros de usar durante el embarazo y otros pueden causar problemas de salud durante el embarazo. Las mujeres embarazadas deben consultar a su proveedor de atención médica antes de usar medicamentos de venta libre.[36]
Medicamentos con receta	Algunos medicamentos recetados pueden causar defectos de nacimiento que cambian la forma o la función de una o más partes del cuerpo que pueden afectar la salud en general. Las mujeres embarazadas deben consultar a su proveedor de atención médica antes de suspender o comenzar nuevos medicamentos.[37]

Teratógeno	Efectos potenciales
Suplementos a base de hierbas o dietéticos	Excepto por algunas vitaminas, se sabe poco sobre el uso de suplementos herbales o dietéticos durante el embarazo. En la mayoría de los casos, no hay buenos estudios que demuestren si la hierba puede causarte daño a ti o a tu bebé. Además, algunas hierbas que son seguras cuando se usan en pequeñas cantidades como alimento pueden ser dañinas cuando se usan en grandes cantidades como medicamentos.[38]

Tabla 2.8 - Teratógenos Ambientales

Teratógeno	Efectos potenciales
Plomo	La exposición a altos niveles de plomo antes y durante el embarazo puede provocar presión arterial alta, problemas con el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto involuntario.[39]
Mercurio	La exposición al mercurio en el útero puede causar daño cerebral y problemas de audición y visión.[40]
Radiación	La exposición a la radiación durante el embarazo (especialmente entre 2 y 18 semanas de embarazo) puede retrasar el crecimiento, causar defectos de nacimiento, afectar el desarrollo del cerebro, causar cáncer y causar un aborto espontáneo.[41]
Disolventes	Estos productos químicos incluyen desengrasantes, diluyentes de pintura, quitamanchas, barnices, pinturas y más. La inhalación materna de solventes puede causar exposición fetal que puede causar aborto involuntario, crecimiento fetal lento, nacimiento prematuro y defectos de nacimiento.[42]

Tabla 2.9 - Infecciones maternas como teratógenos

Teratógeno	Efectos potenciales
Rubéola	La infección congénita (infectarse mientras está en el útero) puede dañar el desarrollo de los ojos, oídos, corazón y cerebro y provocar sordera.[43]
Zika	La infección congénita puede causar microcefalia y otras anormalidades cerebrales graves.[44]
Varicela	La infección congénita puede causar una forma grave de infección que afecta los ojos, las extremidades, la piel y el sistema nervioso central.[45]
Infecciones de transmisión sexual	Las infecciones como el VIH, la gonorrea, la sífilis y la clamidia pueden transmitirse de la madre durante el embarazo y / o el parto.[46]
Listeria	Las mujeres embarazadas son más susceptibles a esta enfermedad transmitida por alimentos. La infección congénita puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y sepsis neonatal.[47]

Tabla 2.10 - Teratógenos de animales / mascotas

Teratógeno	Efectos potenciales
Toxoplasmosis	Este parásito se puede pasar a través de heces de gato y carne poco cocida (especialmente carne de cerdo, cordero o ciervo). Si el feto está infectado, puede causar un aborto espontáneo, muerte fetal, hidrocefalia, macro o microcefalia, problemas de visión y daño al sistema nervioso.[48]
Coriomeningitis linfocítica	Este virus transportado por roedores, incluidos ratones, hámsteres y conejillos de indias. Si una madre infectada se lo pasa al feto, puede causar problemas con el desarrollo del cerebro, discapacidad neurológica y / o visual a largo plazo y tasas de mortalidad más altas después del nacimiento.[49]

Factores maternos

Hay factores adicionales que afectan el resultado del embarazo tanto para la madre como para el niño. Veamos estos siguientes.

Figura 2.15: Una mujer embarazada se relaja en una bañera. (Image por Thomas Pompernigg bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Madres mayores de 35

La mayoría de las mujeres mayores de 35 años que quedan embarazadas tienen buena salud y tienen embarazos saludables. Sin embargo, según March of Dimes (2016d), las mujeres mayores de 35 años tienen más probabilidades de tener un mayor riesgo de:

- Problemas de fertilidad
- Alta presión sanguínea
- Diabetes
- Abortos involuntarios
- Placenta Previa
- Cesárea
- Nacimiento prematuro
- Muerte fetal
- Un bebé con un trastorno genético u otros defectos de nacimiento

Debido a que una mujer nace con todos sus óvulos, los teratógenos ambientales pueden afectar la calidad de los óvulos a medida que las mujeres envejecen. Además, el sistema reproductivo de una mujer envejece, lo que puede afectar negativamente el embarazo.

Algunas mujeres mayores de 35 años eligen pruebas especiales de detección prenatal, como una evaluación de sangre materna, para determinar si existen riesgos para la salud del bebé.

Aunque existen preocupaciones médicas asociadas con tener un hijo más adelante en la vida, también hay muchas consecuencias positivas de ser un padre más maduro. Los padres mayores tienen más confianza, están menos estresados y suelen estar casados, lo que proporciona estabilidad familiar. Sus hijos obtienen mejores resultados en las pruebas de matemáticas y lectura, y son menos propensos a sufrir lesiones o problemas emocionales (Albert, 2013). Las mujeres que eligen esperar a menudo tienen una buena educación y llevan una vida saludable. Según Gregory (2007), las mujeres mayores son más estables, demuestran un enfoque

familiar más fuerte, poseen mayor confianza en sí mismas y tienen más dinero. Tener un hijo más adelante en la carrera profesional equivale a salarios más altos en general. De hecho, por cada año que una mujer retrasa la maternidad, gana un 9% más en ingresos de por vida. Por último, las mujeres que retrasan tener hijos en realidad viven más tiempo.

Embarazo en la adolescencia

Una madre adolescente tiene un mayor riesgo de tener complicaciones en el embarazo, como anemia y presión arterial alta. Estos riesgos son aún mayores para los menores de 1 años. Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de ser prematuros y tener bajo peso al nacer u otros problemas de salud graves. Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están completamente desarrollados, lo que puede provocar problemas respiratorios, sangrado en el cerebro, pérdida de visión, problemas intestinales graves y una mayor probabilidad de morir. Las razones de estos problemas de salud incluyen que los adolescentes son los menos propensos de todos los grupos de edad a recibir atención prenatal temprana y regular y pueden participar en comportamientos negativos, como comer alimentos no saludables, fumar, beber alcohol y tomar drogas.

Diabetes gestacional

El siete por ciento de las mujeres embarazadas desarrollan **diabetes gestacional** (March of Dimes, 2015b). La diabetes es una condición en la que el cuerpo tiene demasiada glucosa en el torrente sanguíneo.

Figura 2.16: Un botiquín de diabetes gestacional. (Image por Jessica Merz bajo licencia CC BY 2.0)

La mayoría de las mujeres embarazadas tienen su nivel de glucosa probado entre 24 y 28 semanas de embarazo. La diabetes gestacional generalmente desaparece después de que la madre da a luz, pero podría indicar un riesgo de desarrollar diabetes más adelante en la vida. Si no se trata, la diabetes gestacional puede causar parto prematuro, muerte fetal, el bebé tiene problemas respiratorios al nacer, ictericia o bajo nivel de azúcar en la sangre. Los bebés nacidos de madres con diabetes gestacional también pueden ser considerablemente más pesados (más de 9 libras), lo que dificulta el trabajo de parto y el proceso de parto. Para las mujeres embarazadas, la diabetes gestacional no tratada puede causar preeclampsia (presión arterial alta y signos de que el hígado y los riñones pueden no estar funcionando correctamente), discutidos más adelante en este capítulo.

Los factores de riesgo para la diabetes gestacional incluyen la edad (tener más de 25 años), tener sobrepeso o aumentar demasiado de peso durante el embarazo, antecedentes familiares de diabetes, haber tenido diabetes gestacional con un embarazo anterior y raza y etnia (afroamericanos, nativos americanos, Los hispanos, asiáticos o isleños del Pacífico tienen un mayor riesgo). Comer sano y mantener un peso saludable durante el embarazo puede reducir la posibilidad de diabetes gestacional. Las mujeres que ya tienen diabetes y quedan embarazadas deben asistir a todas sus visitas de atención prenatal y seguir los mismos consejos que las mujeres con diabetes gestacional, ya que el riesgo de preeclampsia, nacimiento prematuro, defectos de nacimiento y muerte fetal son los mismos.

Presión arterial alta (hipertensión)

La hipertensión es una condición en la cual la presión contra la pared de las arterias se vuelve demasiado alta. Hay dos tipos de presión arterial alta durante el embarazo, gestacional y crónica. La hipertensión gestacional solo ocurre durante el embarazo y desaparece después del nacimiento. La presión arterial alta crónica se refiere a las mujeres que ya tenían hipertensión antes del embarazo o aquellas que la desarrollaron durante el embarazo y que no desapareció después del nacimiento.

Figura 2.17: Una mujer a la que le se le toma la presión arterial. (Image por rawpixel en Unsplash)

Enfermedad Rh

Rh es una proteína que se encuentra en la sangre. La mayoría de las personas son Rh positivos, lo que significa que tienen esta proteína. Algunas personas son Rh negativos, lo que significa que esta proteína está ausente. Las madres que son Rh negativos corren el riesgo de tener un bebé con una forma de anemia llamada enfermedad Rh (March of Dimes, 2009). Un padre que es Rh positivo y una madre que es Rh negativo puede concebir un bebé que sea Rh positivo. Algunas de las células sanguíneas del feto pueden ingresar al torrente sanguíneo de la madre y su sistema inmunitario no puede reconocer el factor Rh.

El sistema inmune comienza a producir anticuerpos para combatir lo que cree que es un invasor extraño. Una vez que su cuerpo produce inmunidad, los anticuerpos pueden atravesar la placenta y comenzar a destruir los glóbulos rojos del feto en desarrollo. Como este proceso lleva tiempo, a menudo el primer bebé Rh positivo no sufre daños, pero dado que el cuerpo de la madre continuará produciendo anticuerpos contra el factor Rh a lo largo de su vida, los embarazos posteriores pueden presentar un mayor riesgo para un bebé Rh positivo. En el recién nacido, la enfermedad Rh puede provocar ictericia, anemia, insuficiencia cardíaca, daño cerebral y muerte.

Aumento de peso durante el embarazo

Según March of Dimes (2016f), durante el embarazo, la mayoría de las mujeres solo necesitan 300 calorías adicionales por día para ayudar al crecimiento del feto. Ganar muy poco o demasiado peso durante el embarazo puede ser dañino. Las mujeres que ganan muy poco pueden tener un bebé con bajo peso al nacer, mientras que las que ganan demasiado probablemente tengan un bebé prematuro o grande. También existe un mayor riesgo de que la madre desarrolle preeclampsia y diabetes, lo que puede causar más problemas durante el embarazo.

La siguiente tabla muestra el aumento de peso saludable durante el embarazo. Subir de peso lentamente es lo mejor. Las madres que están preocupadas por su aumento de peso deben hablar con su proveedor de atención médica.

Tabla 2.10 - Aumento de peso durante el embarazo

Si tuvieras un peso saludable antes del embarazo:	Si tuvieras bajo peso antes del embarazo:	Si tuvieras sobrepeso antes del embarazo:	Si fueras obesa antes del embarazo:
• Ganarás de 25-35 libras • 1-4½ libras en el primer trimestre • 1 libra por semana en el Segundo y tercer trimestre	• Ganarás de 28-30 libras • 1-4½ libras en el primer trimestre • Un poco más de 1 libra a partir de entonces	• Ganarás de 12-25 libras • 1-4½ libras en el primer trimestre • Un poco más de ½ libra por semana en el segundo y tercer trimestre	• 11-20 libras • 1-4½ libras en el primer trimestre • Un poco más de ½ libra por semana en el Segundo y tercer trimestre
Las madres de gemelos o múltiplos de orden superior necesitan ganar más en cada categoría.			

Estrés

Sentirse estresada es común durante el embarazo, pero los altos niveles de estrés pueden causar complicaciones, como tener un bebé prematuro o un bebé con bajo peso al nacer. Los bebés que nacen temprano o son demasiado pequeños tienen un mayor riesgo de problemas de salud. Las hormonas relacionadas con el estrés pueden causar estas complicaciones al afectar el sistema inmunitario de una mujer y provocar una infección y un parto prematuro. Además, algunas mujeres lidian con el estrés fumando, bebiendo alcohol o tomando drogas, lo que puede provocar problemas en el embarazo. Los altos niveles de estrés en el embarazo también se han correlacionado con problemas en el desarrollo del cerebro del bebé y el funcionamiento del sistema inmunitario, así como problemas infantiles como problemas para prestar atención y tener miedo (March of Dimes, 2012b).

Depresión

La depresión es una afección médica importante en la que los sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa y fatiga interfieren con el funcionamiento diario. La depresión puede ocurrir antes, durante o después del embarazo, y 1 de cada 7 mujeres son tratadas por depresión en algún momento entre el año anterior al embarazo y el año posterior al embarazo (March of Dimes, 2015a). Las mujeres que han experimentado depresión anteriormente tienen más probabilidades de tener depresión durante el embarazo. Las consecuencias de la depresión incluyen que el bebé nazca prematuro, tenga un bajo peso al nacer, esté más irritable, menos activo, menos atento y tenga menos expresiones faciales.

Alrededor del 13% de las mujeres embarazadas toman un antidepresivo durante el embarazo. Es importante que las mujeres que toman antidepresivos durante el embarazo hablen sobre el medicamento con un proveedor de atención médica, ya que algunos medicamentos pueden causar daño al organismo en desarrollo.

Impacto paterno

La edad de los padres en el momento de la concepción también es un factor importante en los riesgos para la salud de los niños. Según Nippoldt (2015), la descendencia de hombres mayores de 40 años enfrenta un mayor riesgo de abortos espontáneos, autismo, defectos de nacimiento, acondroplasia (desórden del crecimiento óseo) y esquizofrenia. Se cree que estos mayores riesgos para la salud se deben a las aberraciones y mutaciones cromosómicas acumuladas durante la maduración de las células de esperma en hombres mayores (Bray, Gunnell y Smith, 2006). Sin embargo, como las mujeres mayores, los riesgos generales son pequeños.

Además, los hombres son más propensos que las mujeres a trabajar en ocupaciones donde se usan productos químicos peligrosos, muchos de los cuales tienen efectos teratogénicos o pueden causar mutaciones genéticas (Cordier, 2008). Estos pueden incluir productos petroquímicos, plomo y pesticidas que pueden causar esperma anormal y provocar abortos espontáneos o enfermedades. Los hombres también son más propensos a ser una fuente de humo de segunda mano para sus descendientes en desarrollo. Como se señaló anteriormente, fumar ya sea por la madre o alrededor de la madre puede dificultar el desarrollo prenatal. [53]

Figura 2.18: Un empleado del USDA que vierte productos químicos peligrosos en un contenedor de almacenamiento. (Image por USDA es de dominio público)

Evaluación prenatal

Se sugiere una serie de evaluaciones a las mujeres como parte de su atención prenatal de rutina para encontrar condiciones que puedan aumentar el riesgo de complicaciones para la madre y el feto (Eisenberg, Murkoff y Hathaway, 1996). Estos pueden incluir análisis de sangre y orina y pruebas de detección y diagnóstico para defectos de nacimiento.

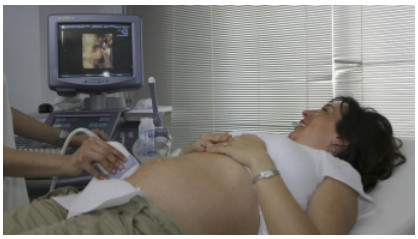


Figura 2.19 Una mujer durante un examen de ultrasonido. (Imagen por MedicalPrudens bajo licencia CC0 1.0)

El **ultrasonido** es una de las principales pruebas de detección realizadas en combinación con análisis de sangre. La ecografía es una prueba en la que se utilizan ondas sonoras para examinar al feto. Hay dos tipos generales. Las ecografías transvaginales se usan al comienzo del embarazo, mientras que las ecografías transabdominales son más comunes y se usan después de 10 semanas de embarazo (generalmente, de 16 a 20 semanas).

Los ultrasonidos se usan para verificar si el feto tiene defectos o problemas. También puede averiguar la edad del feto, la ubicación de la placenta, la posición fetal, el movimiento, la respiración y la frecuencia cardíaca, la cantidad de líquido amniótico en el útero y la cantidad de fetos. La mayoría de las mujeres tienen al menos un ultrasonido durante el embarazo, pero si se observan problemas, se pueden recomendar ultrasonidos adicionales.

Cuando es necesario el diagnóstico de un defecto de nacimiento, los ultrasonidos ayudan a guiar las pruebas de diagnóstico más invasivas de la amniocentesis y el muestreo de vellosidades coriónicas. La amniocentesis es un procedimiento en el que se usa una aguja para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico y células del saco que rodea al feto y luego se analiza.

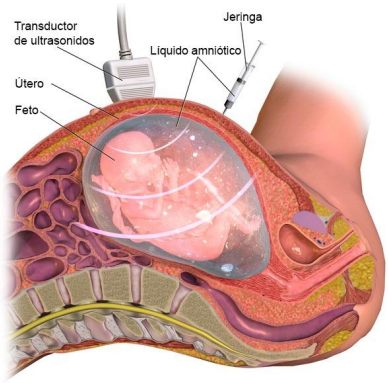


Figura 2.20: Amniocentesis. (Imagen por BruceBlaus bajo licencia CC BY-SA 4.0)

El **testeo de vellosidades coriónicas** es un procedimiento en el que se toma una pequeña muestra de células de la placenta y se analiza. Tanto la amniocentesis como el testeo de vellosidades coriónicas tienen un riesgo de aborto espontáneo y, en consecuencia, no se realizan de forma rutinaria.[57]

Complicaciones del embarazo

Hay una serie de efectos secundarios comunes del embarazo. No todos experimentan todo esto, ni en el mismo grado. Y aunque se consideran "menores", esto no quiere decir que estos problemas no sean potencialmente muy incómodos. Estos efectos secundarios incluyen náuseas (particularmente durante los primeros 3-4 meses de embarazo como resultado de niveles más altos de estrógeno en el sistema), acidez estomacal, gases, hemorroides, dolor de espalda, calambres en las piernas, insomnio, estreñimiento, falta de aliento o venas varicosas (como resultado de llevar una carga pesada sobre el abdomen). Estos son problemas menores.

Pero también hay complicaciones graves del embarazo que pueden presentar riesgos para la salud de la madre y el niño y que a menudo requieren hospitalización.

La **hiperémesis gravídica** se caracteriza por náuseas intensas, vómitos, pérdida de peso y posiblemente deshidratación. Los signos y síntomas también pueden incluir vómitos muchas veces al día y sensación de desmayo. Se desconocen las causas exactas de la hiperémesis gravídica. Los factores de riesgo incluyen el primer embarazo, embarazo múltiple, obesidad, antecedentes familiares o anteriores de HG, desorden trofoblástico y antecedentes de desórdenes alimentarios. El tratamiento incluye beber líquidos y una dieta blanda. Es posible que se requieran medicamentos, líquidos intravenosos y hospitalización. Se estima que la hiperémesis gravídica afecta al 0.3–2.0% de las mujeres embarazadas. Los afectados tienen un bajo riesgo de aborto espontáneo pero un mayor riesgo de parto prematuro.

El embarazo **ectópico** ocurre cuando el cigoto se adhiere a la trompa de Falopio antes de llegar al útero. Aproximadamente 1 de cada 50 embarazos en los Estados Unidos son embarazos de trompas y este número ha aumentado debido a las mayores tasas de enfermedad inflamatoria pélvica y clamidia (Carroll, 2007). Dolor abdominal, sangrado vaginal, náuseas y desmayos son síntomas de embarazo ectópico.

Figura 2.21: Un embarazo ectópico. (Imagen por Takatakatakumi bajo licencia CC BY-SA 3.0)

Se estima que el **aborto espontáneo** se experimenta en un 20-40 por ciento de los embarazos no diagnosticados y en otro 10 por ciento de los embarazos diagnosticados. Por lo general, el cuerpo aborta debido a anomalías cromosómicas, y esto generalmente ocurre antes de las 12 semanas de embarazo. Los calambres y el sangrado resultan y los períodos normales regresan después de varios meses. Algunas mujeres tienen más probabilidades de tener abortos involuntarios repetidos debido a problemas cromosómicos, amnióticos u hormonales, pero el aborto espontáneo también puede ser el resultado de esperma defectuoso (Carrell et. Al., 2003).

La **preeclampsia**, también conocida como **Toxemia**, se caracteriza por un aumento brusco de la presión arterial, una fuga de proteínas en la orina como resultado de problemas renales e hinchazón de las manos, los pies y la cara durante el tercer trimestre del embarazo. La preeclampsia es la complicación más común del embarazo. Cuando la preeclampsia causa convulsiones, la condición se conoce como eclampsia, que es la segunda causa principal de muerte materna en los Estados Unidos. La preeclampsia también es una causa principal de complicaciones fetales, que incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte fetal. El tratamiento suele ser reposo en cama y, a veces, medicación. Si este tratamiento no es efectivo, se puede inducir el parto.

Mortalidad materna: aproximadamente 1000 mujeres mueren durante el parto en todo el mundo cada día (Organización Mundial de la Salud, 2010). Las tasas son más altas en África Subsahariana y Asia del Sur, aunque ha habido una disminución sustancial en estas tasas. La campaña para hacer que el parto sea seguro para todos ha llevado al desarrollo de clínicas accesibles para las personas que viven en áreas más aisladas y a la capacitación de más parteras para ayudar en el parto.[59]

Infertility and Building Families

Esterilidad

Cuando una pareja no logra concebir un hijo en un año, reciben el diagnóstico de infertilidad. La infertilidad afecta a alrededor del 10 al 15 por ciento de las parejas en los Estados Unidos (Mayo Clinic, 2015).

Los factores masculinos crean infertilidad en aproximadamente un tercio de los casos. Para los hombres, la causa más común es la falta de producción de esperma o la baja producción de esperma.

Los factores femeninos causan infertilidad en otro tercio de los casos. Para las mujeres, una de las causas más comunes de infertilidad es la falta de ovulación. Otra causa de infertilidad en las mujeres es la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), que es una infección de los órganos reproductivos de una mujer (Carroll, 2007).

Los factores masculinos y femeninos contribuyen al resto de los casos de infertilidad.

Opciones para formar familias

Existen numerosas opciones para conseguir la paternidad y formar familias. Exploremos brevemente algunos de estos.

Tecnología de reproducción asistida

La tecnología de reproducción asistida (TRA) es la tecnología utilizada para lograr el embarazo en procedimientos como medicamentos para la fertilidad (para estimular la ovulación), procedimientos quirúrgicos, inseminación artificial IUI, fertilización in vitro (FIV) y subrogación. Estas opciones están disponibles para personas que experimentan infertilidad o que no pueden concebir hijos de forma natural (lo que también incluye a los padres solteros y a las parejas homosexuales / lesbianas).[60]

Inseminación intrauterina: (IIU) como un tipo de inseminación artificial implica la colocación de esperma directamente en el útero en el momento de la ovulación, ya sea en un ciclo menstrual natural o después de la estimulación ovárica.[61]

Fertilización in vitro (FIV): La FIV generalmente comienza con la estimulación de los ovarios para aumentar la producción de óvulos. La mayoría de los medicamentos para la fertilidad son agentes que estimulan el desarrollo de los folículos en el ovario. Ejemplos son las gonadotropinas y la hormona liberadora de gonadotropina. Después de la estimulación, el médico extrae quirúrgicamente uno o más óvulos del ovario y los une con esperma en un laboratorio, con la intención de producir uno o más embriones. La fertilización se lleva a cabo fuera del cuerpo y el óvulo fertilizado se reinserta en el tracto reproductivo de la mujer, en un procedimiento llamado transferencia de embriones. [62]

Figura 2.22: El proceso de FIV. (Imagen por Manu5 bajo licencia CC BY-SA 4.0)

Donante de gametos y embriones: Las personas también pueden usar esperma, óvulos (óvulos) y embriones de donantes junto con ART. Estas donaciones se realizan a través de agencias y bancos donantes o entre particulares. En los Estados Unidos, los donantes pueden ser compensados por sus donaciones.

Subrogación: In En la subrogación, una mujer (madre sustituta) lleva un hijo para otra persona (persona / pareja encargada), según un acuerdo legal antes de la concepción que requiere que el niño sea entregado a la persona / pareja encargada después del nacimiento. Existen diferentes tipos de subrogación que se relacionan con si los óvulos utilizados para concebir al niño son suyos (subrogación tradicional) o no (subrogación gestacional).

Adopción: las personas también pueden optar por buscar la adopción para construir sus familias (con o sin infertilidad). La adopción puede llevarse a cabo a través del sistema de cuidado de crianza, de forma privada o a través de agencias. Las adopciones pueden ser nacionales (dentro de los EE. UU.) O internacionales. Y pueden ser abiertos (con diferentes cantidades de contacto entre familias biológicas / biológicas y familias adoptivas) o cerrados.

Familia formada con maternidad sustituta

Figura 2.23: Familia formada a través de la adopción. (Foto por Daryn Crawford usado con autorización)

Familia formada a través de la adopción

Figure 2.24: Esta madre soltera adoptó a su hija. (Foto por Michaela Szidloski usado con autorización)

Contribuyentes y atribuciones

18. Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 42-43) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French is bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

20. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 43) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

22. Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 44-45) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

24. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 36) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

27. Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 46-47) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

29. The Embryo Project Encyclopedia por Chanapa Tantibanchachai bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

30. Staying healthy and safe por OWH es de dominio público

31. Chapter 3: Prenatal Development – Environmental Risks referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, que tiene licencia bajo CC BY 4.0;

Staying healthy and safe by OWH is es de domino público

32. Staying healthy and safe por OWH es de dominio público

33.Chapter 3: Prenatal Development – Environmental Risks referencias Psyc 200 Lifespan Psychology Laura Overstreet, que tiene licencia bajo CC BY 4.0;

Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

34. Chapter 3: Prenatal Development – Environmental Risks referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, que tiene licencia bajo CC BY 4.0;

Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

35. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

36. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

37. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

38. Chapter 3: Prenatal Development – Environmental Risks references Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, que tine licencia bajo CC BY 4.0

39. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

40. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

41. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

42. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

43. Chapter 3: Prenatal Development – Environmental Risks referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet,que tiene licencia bajo CC BY 4.0

44. Protocols on prenatal care for pregnant women with Zika infection and children with microcephaly: nutritional approach por Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz, Malaquias Batista Filho, Maria de Fátima Costa Caminha, y Edvaldo da Silva Souza bajo licencia CC BY 4.0

45. Congenital Varicella syndrome by WikiDoc bajo licencia CC BY-SA 3.0

46. Chapter 3: Prenatal Development – Environmental Risks referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, tiene licencia bajo CC BY 4.0

47. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860824/

48. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

49. Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y productos herbales. (n.d.). Recuperado de: https://www.marchofdimes.org/pregnancy/prescription-drugs-over-the-counter-drugs-supplements-and-herbal-products.aspx

53. Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 52-55) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

57. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

59. Hyperemesis Gravidarum por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0

Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 58) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

60. Assisted Reproductive Technology por Fertilitypedia bajo licencia CC BY-SA 4.0

61. Intrauterine Insemination por Fertilitypedia bajo licencia CC BY-SA 4.0

62. Assisted Reproductive Technology por Fertilitypedia bajo licencia CC BY-SA 4.0

This page titled 2.2: Desarrollo prenatal is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

2.S: Conclusión

En este capítulo vimos:

- Herencia, incluidos trastornos genéticos y anomalías cromosómicas
- Concepción
- Las etapas germinal, embrionaria y fetal del desarrollo prenatal
- Influencias en el desarrollo prenatal, incluidos teratógenos y factores maternos y paternos
- Complicaciones del embarazo
- Infertilidad y opciones para formar familias

Ahora exploremos el nacimiento y al bebé recién nacido.

This page titled 2.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

3: El parto y el recién nacido

Objetivos del capitulo

Después de este capítulo usted será capaz de:

- Comparar y contrastar los diferentes métodos para la preparación del parto.
- Describir las etapas del parto vaginal.
- Explicar las razones por las que un parto inducido o cesárea podrían ser necesarios.
- Diferenciar los procedimientos comunes para evaluar la condición del recién nacido.
- Examinar los problemas que experimentan los recién nacidos antes, durante y después del nacimiento.

Después de unos 266 días del desarrollo dentro del útero (para un embarazo de término completo), viene un proceso arduo para el nacimiento del bebé. Después del parto, los recién nacidos necesitan regular su temperatura, respirar por ellos mismos y absorber los nutrientes mediante la alimentación. Veamos ambos, el proceso de nacimiento y algunas características del recién nacido.

3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
3.2: Nacimiento del bebé
3.3: El recién nacido
3.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/baby-slee...y-girl-784608/

This page titled 3: El parto y el recién nacido is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

3.1: Preparación para el nacimiento del bebé

Estar preparados para el parto, no solo significa estar en buena condición física que ayuda a crear un ambiente sano para el desarrollo del bebé, también implica ayudar a las personas a prepararse para aceptar su nuevo papel como padres. Además, los padres pueden recibir información, capacitación que los ayudará en el parto y en cómo será la vida con el bebé. Mientras los futuros padres aprendan más del parto y del recién nacido, estarán mejor preparados para adaptarse a su nueva vida.

Enfoques del Parto

Existen diferentes enfoques que influyen en cómo lo padres se preparan. El siguiente cuadro describe algunos:

Tabla 3.1 – Enfoques del Parto (Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 59) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0; Lifespan Development - Module 3: Prenatal Development por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0)

Método	Descripción
Método Lamaze	Este método da énfasis en enseñar a la mujer a estar bajo control en el proceso de parto. Incluye aprender a relajar los músculos, la respiración en las contracciones, tener un punto focal (generalmente tener una imagen donde ver) durante las contracciones y tener una persona de apoyo que este durante el proceso de capacitación con la madre y la actúa como ayudante durante el proceso de parto.
Método Leboyer	Este método implica dar a luz en un lugar tranquilo, en una habitación poco iluminada, dejando que el recién nacido se acueste en el vientre de la madre aun con el cordón umbilical intacto por varios minutos, mientras toma un baño de agua caliente.
Método Grantly Dick-Read / Método Mongan / Hipnoparto	El método se da por una propuesta el cual menciona que el miedo en el parto aumenta la tensión y hace que el proceso de maternidad sea más doloroso. Da énfasis a la relajación y respiración adecuada en las contracciones, así también como el apoyo para la familia y educación.
Método Bradley	"El método Bradley se enfoca en preparar a la madre para un parto natural con la ayuda de su compañero. Ambos aprenden técnicas que reduce la percepción del dolor y a mantenerse relajados. Da importancia a estar preparados para un parto vaginal sin ayuda y sin medicación." [2]
Técnica de Alexander	Esta técnica puede usarse durante el parto, incluye una capacitación para calmar las reacciones comunes al dolor, como la tensión muscular, poder estar consciente en el proceso y controlar la postura y movimientos. Esto implica poder moverse libremente y mantenerse en posición vertical durante el trabajo de parto y estar en cualquier posición que sea de ayuda para el proceso.[3]
Parto en Agua	Implica la inmersión en agua templada. Quienes apoyan este método creen que es seguro y que tiene muchos beneficios para la madre como para el bebé, incluye alivio para el dolor y menos experiencias traumáticas para el bebé. Sin embargo, los críticos argumentan que el procedimiento incluye riesgos innecesarios para el bebé, como una infección o inhalación de agua.[4]
Nacimiento Lotus	Es la práctica de dejar el cordón umbilical sin cortar después del parto así, el bebé esta unido a la placenta hasta que de forma natural se desprenda. Esto usualmente ocurre entre los 3 – 10 días después del nacimiento. Esta práctica se realiza principalmente por razones espirituales de los padres, para percibir la conexión espiritual entre la placenta y el recién nacido.[5]
Parto Silencioso	Es un proceso de parto recomendado por L. Ron Hubbard y abogado por los cienciólogos, este menciona "todos los que participan en el parto deberían abstenerse de hablar lo que más puedan.[6]
Parto con Medicamentos	Quienes se encargan de la asistencia médica pueden proveerle un calmante durante el trabajo de parto. Existen diferentes medicamentos anestesia epidural, el bloqueo espinal, la combinación de espinal – epidural. Sistemática o anestesia local. Existen beneficios y efectos secundarios.[7]

Figura 3.1: Futuros padres en una clase de preparación para el nacimiento del bebé. (Imagen suministrada por liz.schrenk bajo licencia CC BY-NC-ND 2.0)

Elegir el lugar de nacimiento y quien lo realiza

La mayoría de los partos se llevan a cabo en un Hospital. Sin Embargo, un porcentaje de mujeres escogen dar a luz en casa. (Martin, Hamilton, Osterman, Curtin, & Mathews, 2015). Las mujeres que no tienen muchos riesgos de complicaciones en el parto pueden dar a luz en casa con éxito. Más de la mitad (67%) de los partos en casa los realizan enfermeras parteras certificadas. Las parteras son capacitadas y autorizadas para asistir un parto, el costo es menor que un hospital. No obstante, debido a posibles complicaciones durante el parto, los profesionales médicos recomiendan que el parto debería ser en un hospital. En el caso de nacimientos en casa, un tercio de los partos fuera de hospitales se llevan a cabo en clínicas independientes, centros de natalidad, consultorios médicos u otros lugares.[9]

Contribuyentes y atribuciones

2. Oberg, Erica (n.d.). *Childbirth Delivery Methods and Types*. Recuperado de https://www.medicinenet.com/7_childbirth_and_delivery_methods/article.htm#childbirth_and_delivery_methods_and_types_facts.

3. Machover, Ilana. (n.d.). *The Alexander Technique in Natural Childbirth*. Recuperado dehttps://www.alexandertechnique.com/articles/childbirth/.

4. Water Birth por Wikidoc bajo licencia CC BY-SA 3.0

5. Lotus Birth por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0

6. Silent Birth por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0

7. Epidural and Spinal Anesthesia Use During Labor: 27-state Reporting Area, 2008 por Michelle J.K. Osterman y Joyce A. Martin en el dominio publico

9. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 59) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0; Lifespan Development - Module 3: Prenatal Development por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 3.1: Preparación para el nacimiento del bebé is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

3.2: Nacimiento del bebé

Inicio de trabajo de parto

El Nacimiento del bebé normalmente ocurre entre la semana de la fecha prevista, a menos que la madre este embarazada de más de un feto, lo cual hace que inicie antes al proceso de parto. A medida que el embarazo entra a las últimas semanas, existen varios cambios fisiológicos debido a las hormonas que causan el parto.

Una señal que muestra que el parto iniciara es el llamado “bloody show” durante el embarazo, un tapón de mucosidad se acumula en el canal cervical, el cual bloquea la entrada al útero. Aproximadamente 1-2 días antes del proceso de parto, este tapón se afloja y es expulsado, con un poco de sangre.

A medida que se acerca el trabajo de parto, la glándula pituitaria de la madre produce oxitocina. Esta empieza a estimular contracciones uterinas más fuerte y más dolorosas. Que – viendo el lado positivo- estimula la segregación de prostaglandina de las membranas fetales. Como la oxitocina, prostaglandinas incrementa las contracciones uterinas. Las glándulas pituitarias fetales también secretan oxitocina la cual incrementa aún más las prostaglandinas.

La dilatación del cuello uterino para el periodo complete del feto en posición cefálica es considerado un estimulante para las contracciones uterinas. Combinados, estimulan el verdadero trabajo de parto.[10]

Etapas del parto vaginal

Primera etapa

Las contracciones uterinas muestran que la primera etapa de parto ha iniciado. Estas contracciones inicialmente podrían durar unos 30 segundos, entre espacios de 15 a 20 minutos. Las contracciones aumentaran en tiempo y frecuencia a más de un minuto de duración y a 3 o 4 minutos de diferencia entre contracción. Normalmente, los doctores recomiendan que se les avise cuando las contracciones vienen cada 5 minutos. Algunas mujeres experimentan un parto simulado o contracciones de Braxton-Hicks, especialmente con su primer hijo. Estos podrían ir y venir. Estos se reducen cuando la madre empieza a caminar. Los dolores de parto reales se incrementan cuando camina. En uno de 8 embarazos, la bolsa o líquido amniótico en el que el feto se encuentra se podría romper antes que el parto inicie. En esos casos, el médico con la ayuda de alguna medicación podría inducir a un parto, así se reduciría el riesgo de una infección. Normalmente esta bolsa no se rompe hasta las últimas etapas de la labor de parto.

La Primera etapa de trabajo de parto generalmente es la más larga. Durante esta etapa el cuello uterino o la abertura hacia el útero se dilata a 10 centímetros o menos de 4 pulgadas. Si es el primer hijo toma entre 12 – 16 horas y entre 6-9 horas si previamente ya dio a luz. El trabajo de parto podría empezar con un flujo de sangre o líquido amniótico.

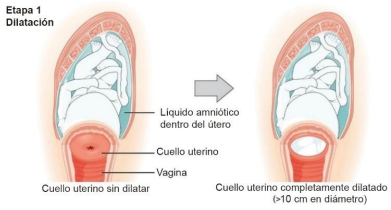


Figura 3.2: Temprana dilatación cervical. (La Imagen suministrada por OpenStax bajo licencia CC BY 3.0)

Segunda etapa

La segunda etapa de trabajo de parto es el paso del bebé a través del canal de parto. Esta etapa toma entre 10 – 40 minutos. Usualmente las contracciones vienen cada 2-3 minutos. Guiada por el equipo médico la madre puja (empuja) y se relaja. Normalmente lo primero que se ve es la cabeza. El bebé gira, así que primero sale un hombro y luego el otro. El resto del cuerpo pasa rápidamente. En esta parte una **episiotomía**, o una incisión en el tejido posterior de la vulva hacia el ano se hará con el fin de evitar un desgarro de los tejidos. La nariz y la boca del bebé son succionadas. El cordón umbilical es sujetado con una pinza y cortada.[12]

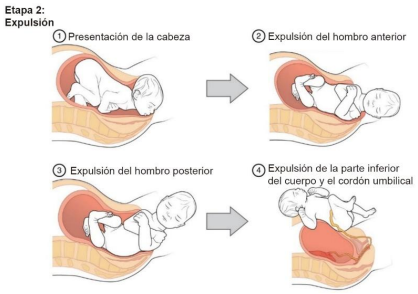


Figura 3.3: Dilatación completa y expulsión del recién nacido. (La Imagen suministrada por OpenStax bajo licencia CC BY 3.0)

Tercera etapa

Esta es la última etapa de trabajo de parto y es relativamente sin dolor. Durante esta etapa, se expulsa la placenta a 20 minutos después del nacimiento. Si se realizó una episiotomía, se la sutura durante esta etapa.[14]

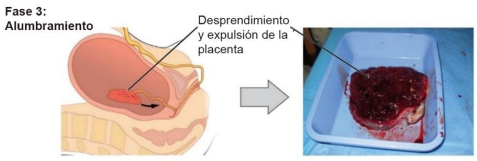


Figura 3.4: Expulsión de la placenta y membranas fetales. (La Imagen suministrada por OpenStax bajo licencia CC BY 3.0)

Consideraciones suplementarias

Más del 50 % de las mujeres que dan a luz en hospitales usan anestesia epidural durante el parto (American Pregnancy Association, 2015). Un bloqueo epidural es un analgésico local que se puede usar durante el trabajo de parto el cual alivia el dolor en la parte inferior del cuerpo sin retrasar el parto. Se coloca el medicamento en un pequeño espacio fuera de la medula espinal en la parte baja de la espalda. Toma alrededor de 10 a 20 minutos que haga efecto. El bloqueo epidural con medicación más fuerte, como una anestesia puede ser usado un momento antes de la cesárea o parto vaginal que requiere el uso de fórceps de extracción.[16]

Las madres que darán a luz pueden recibir otros medicamentos (los medicamentos que se dan a través de inyecciones podrían tener efectos secundarios negativos en el bebé). En situaciones de emergencia (como una cesárea), se les suministrara anestesia general. Pueden decidir no recibir ninguna medicación, lo cual se conoce por **parto Natural.**

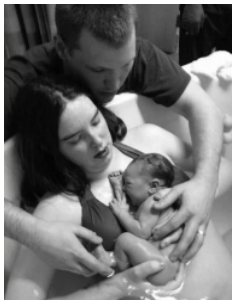


Figura 3.5: Parto Natural. (La Imagen suministrada por U.S. Army Alaska bajo licencia CC BY 2.0)

Las mujeres pueden alternar posiciones en el trabajo de parto (pararse, de cuclillas, de manos y rodillas usando un taburete) hasta pueden dar a luz en una tina con agua caliente que ayuda a aliviar el dolor del parto.

Intervención médica en el parto

Algunas veces, las mujeres, no pueden entrar en trabajo de parto por ellas mismas. Por eso veamos cómo se puede inducir el parto o a una cesárea.

En ocasiones la llegada del bebé necesita ser inducido antes que el trabajo de parto se dé naturalmente. La **Inducción al trabajo de parto** podría ser recomendable cuando la salud de la madre o del bebé está en riesgo. Por ejemplo:

- Cuando se acerca la fecha prevista y la madre aún no ha iniciado el trabajo de parto que se da de manera natural.
- Se rompe la bolsa y las contracciones aún no han empezado
- Existe una infección en el útero de la madre
- El bebé dejo de crecer al ritmo esperado
- No hay suficiente líquido amniótico alrededor del bebé
- La placenta se despega, de manera parcial o completa, de la pared interna del útero antes del parto.
- La madre tiene una condición médica que podría poner en riesgo su vida y la del bebé, como presión alta o diabetes. (Mayo Clinic, 2014)

La cesárea es una cirugía para extraer al bebé por el abdomen de la madre. En Estados Unidos, una de cada tres mujeres se realiza una cesárea. La mayoría de las cesáreas se realizan cuando existen inconvenientes durante el parto. Estos incluyen:

- Problemas de salud en la madre
- Señales de sufrimiento en el bebé
- Poco espacio para que el bebé salga por la vagina
- La posición del bebe, como la posición de nalgas, en el que la cabeza del bebé no se encuentra en la posición correcta.

Figura 3.6: Una mujer teniendo una cesárea. (Imagen por Tammra M bajo licencia CC BY 2.0)

Figura 3.7 Una madre primeriza sosteniendo a su recién nacido. (Imagen por Patricia Prudente en Unsplash)

Las cesáreas son comunes entre las mujeres que llevan a más de un bebé. Aunque la cirugía es relativamente segura para la madre y el bebé, es considerada una cirugía de importancia ya que conlleva riesgos para la salud. Además, la recuperación de una cesárea toma más tiempo que un parto vaginal. Después de la recuperación, la incisión deja un punto débil en la pared del útero. Lo cual puede causar problemas para un siguiente parto natural. En el pasado, los doctores dudaban al permitir un parto vaginal después de una Cesárea. No obstante, ahora más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea, pueden tener un parto vaginal.[20] Se lo denomina **Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)**.

Contribuyentes y atribuciones

10. 28.4 Maternal Changes During Pregnancy, Labor, and Birth por Lindsay M. Biga, Sierra Dawson, Amy Harwell, Robin Hopkins, Joel Kaufmann, Mike LeMaster, Philip Matern, Katie Morrison-Graham, Devon Quick, y Jon Runyeon bajo licencia CC BY-NC-SA 4.0

12. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 60) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

14. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 60) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

16. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 60) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

20. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 61) por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 3.2: Nacimiento del bebé is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

3.3: El recién nacido

Figura 3.8: Una madre primeriza sosteniendo a su recién nacido. (La Imagen suministrada por U.S. Air Force es de dominio publico)

Examen al recién nacido

El examen de APGAR se lo realiza entre el primer minuto y cinco minutos después del nacimiento. Es una forma muy rápida de examinar la condición física del recién nacido. Se examinan cinco aspectos: Pulso, respiración, tono muscular (se examina tocando la palma del bebé), reflejos (se prueba con los reflejos de Babinski) y el color. Se da una puntuación de 0 a 2 a cada área evaluada. Si el Apgar es de 5 o menos debe ser motivo de preocupación. El Segundo examen debería indicar una mejora con una puntuación más alta.[22]

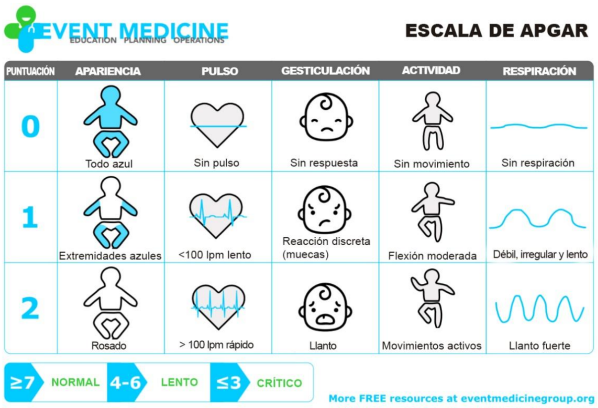


Figura 3.9: Examen de APGAR. (La Imagen suministrada por Event Medicine Group)

Otra forma de examinar la condición del recién nacido es la Escala para la Evaluación de comportamiento neonatal (EECN). Se evalúa el desarrollo motriz del bebé, el tono muscular y la tensión. Esta herramienta ha sido usada alrededor del mundo para examinar, especialmente aquellos con baja puntación en Apgar y para hacer comparaciones de infantes de diferentes culturas. (Brazelton & Nugent, 1995).

Los recién nacidos habitualmente son evaluados por diferentes condiciones. Entre las primeras 24 y 48 horas después del nacimiento, se toma una muestra de sangre a los bebés que nacieron en hospitales mediante una punción en el talón, son recolectadas en un papel especial. Los profesionales hacen pruebas de diferentes trastornos congénitos o de condiciones en el bebé. En California, se examina a los recién nacidos para 80 diferentes trastornos congénitos y genéticos.

Figura 3.10: Un profesional médico realizando el examen mediante la punción del talón. (Imagen suministrada por U.S. Air Force es de dominio público)

También se realiza una evaluación a los recién nacidos de trastornos auditivos y algunos problemas que podría desarrollar en el corazón usando otros métodos diferentes al de la obtención de muestras de sangre.[25]

Problemas que presenta el recién nacido

Anoxia

Anoxia es la falta de oxígeno en el cerebro. Los inconvenientes durante el parto podrían llevar a una anoxia que resulta en un daño cerebral o en casos complicados incluso la muerte. Los bebés que nacen con bajo peso y anoxia tienden a tener dificultad de aprendizaje.

Bajo peso al nacer

Un niño es considerado con bajo peso cuando pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2500 gr). El 8.2 por ciento de los bebés nacidos en Estados Unidos nacen con bajo peso (Centro de control de enfermedades, 2015a) y el 67 por ciento de estos bebés son prematuros.

Debido al bajo peso del bebé, es más difícil que se pueda mantener la temperatura del cuerpo de manera adecuada, por la falta de masa corporal que actúa como aislante. Esos bebés también son más propensos a tener una infección. Los bebés con muy bajo peso (2 libras o menos) corren el riesgo de una parálisis cerebral. Esto se puede prevenir con un cuidado prenatal.

Prematuro

Una de las causas del **bajo peso** en el recién nacido, se debe a que el parto fue antes de las 37 semanas de gestación. Esto lo califica como un **bebé prematuro** (CDC, 2015c). El nacimiento prematuro puede desencadenarse debido a algo que interrumpa en el Sistema de la madre. Por ejemplo, una infección vaginal, ya que lleva a que la madre consuma algún antiinflamatorio, lo cual podría provocar contracciones. Otra causa del nacimiento prematuro sería el fumar y el uso de teratógenos. Un nacimiento prematuro puede tener consecuencias como el síndrome de dificultad respiratoria, que se caracteriza por una irregularidad al respirar (ver la imagen abajo). Los bebés prematuros, no pueden regular su propia temperatura, tampoco pueden alimentarse por lactancia o biberón. Su cuerpo lucha por mantener un buen ritmo cardiaco y puede desencadenar en ictericia. Por eso, ellos necesitan de cuidado intensivo, en la Unidad de Neonatología de cuidado Intensivo (UNCI) hasta que el bebé se encuentre sano y fuera de riesgo.

Figura 3.11: un bebe prematuro CPAP en el UNCI. (Foto por Jennifer Paris usado bajo su permiso)

Pequeño para la edad Gestacional

Si el peso del infante es menor de lo esperado, basándose en el periodo de gestación, se los denomina como **pequeño para la edad gestacional.** Pueden ser bebés que completaron toda gestación o prematuros. (Ver imagen abajo), Pero aun su peso es menor al del 90 % de todos los bebes que están en la misma etapa. Es una situación muy seria para los recién nacidos ya que su crecimiento se vio afectado. Regev et al. (2003) encontró que la tasa de muerte bebés pequeños para la edad gestacional es cuatro veces más alta que otros bebés.

Figura 3.12: Este bebé nació a las 32 semanas y solo pesa 2 libras y 15 onzas. (Foto por Jennifer Paris usado bajo su permiso)

Posmadurez

Se refiere a aquellos bebés que no nacen dentro de las 42 semanas o 2 semanas después de la fecha prevista, se los considera como un retraso o **posmaduro.** Existen muchos factores que tomar en cuenta, como por cuanto tiempo funciona la placenta, por eso los médicos consideran una inducción para los bebés que se retrasan.

Mortinato

Se refiere a cuando un feto (bebé no nacido) muere, aun estando dentro de la madre (después de 20 – 24 semanas de gestación) o muere durante el parto (nacimiento). Este bebé que nace muerto se lo denomina **mortinato**. Las causas de tantos mortinatos son desconocidas, aun si se realizan exámenes especiales para saber la causa. Algunas posibles causas son: nicotina, bebidas alcohólicas, o medicamentos que se consumen durante el embarazo, un trauma físico, exposición a áreas de radiación, incompatibilidad RH o problemas con el cordón umbilical. El número de Mortinatos en Estados Unidos es el de 1 en cada 115 nacimientos, lo cual lleva a 26,000 en un año, o uno cada 20 minutos.[28]

Características de los recién nacidos

Tamaño

El promedio de peso de los recién nacidos en Estados Unidos es de 7.5 libras y 20 pulgadas de largo. Normalmente, los primeros días, los bebés, pierden el 5 por ciento de su peso corporal mientras eliminan sus residuos y se acostumbran a la alimentación, muchos padres no notan este aspecto, pero si tienen un bebé más pequeño, deberían estar atentos. La pérdida de peso es temporal, luego viene un periodo de crecimiento rápido.

Figura 3.13: Un recién nacido siendo pesado. (Imagen por Trei Brundrett bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Proporciones corporales

Cuando estamos en desarrollo en el vientre, la cabeza abarca el 50 % de nuestra longitud. Al nacer, solo abarca el 25 % de nuestra longitud (¡Piensa en cuanto mediría nuestra cabeza, si las proporciones fueran las mismas!).

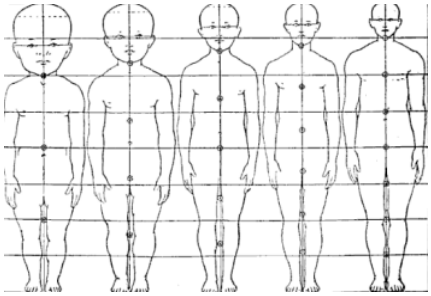


Figura 3.14:Proporciones corporales desde la infancia hasta etapa adulta. (La Imagen es de dominio público)

Desarrollo del Cerebro

El cambio más drástico que ocurre en esta etapa es la del cerebro. Al nacer, el cerebro ya tiene el 25 por ciento del peso que se tiene de adultos, esto no ocurre con otras partes del cuerpo. Aunque al nacer, el cerebro ya tiene más de 100 a 200 billones de neuronas, no están completamente desarrolladas. Tomará varios años después que las dendritas o conexiones neuronales experimenten un crecimiento drástico.[31]

Apariencia al nacer

Durante el trabajo de parto y el dar a luz, el cráneo del bebé cambia de forma para pasar a través del canal de parto, algunas veces causa que el bebé nazca con la cabeza deforme o elongada. Pero vuelve a la normalidad naturalmente dentro de unos días o semanas.

Algunos recién nacidos, tienen un vello corporal fino se lo denomina **lanugo.** Este se puede ser más notoria en bebés prematuros, en la espalda, hombros, frente, orejas y cara. Lanugo desaparecerá dentro de unas semanas. Pero no todos los bebés nacen con

abundante vello. Algunos nacen prácticamente sin nada de vello y otros con un vello muy fino casi no se nota. Entre los padres de piel clara el vello fino es rubio, aunque ellos no lo sean. La figura del lado izquierdo muestra lanugo en los hombros de dos gemelos recién nacidos.

Figura 3.15: Lanugo en la espalda y hombre de dos gemelas. (La Imagen es de dominio público)

Figura 3.16: Un recién nacido cubierto de vernix. (La Imagen es suministrado por Upsilon Andromedae bajo licencia CC BY 2.0)

Después del parto, el tono de piel del recién nacido normalmente es grisácea y azulada. Tan pronto como el bebé empieza a respirar, lo cual lleva un minuto o dos y el tono de color de piel cambia a su tono natural. Los Recién nacidos están mojados, cubiertos trazas de sangre y revestido de una sustancia blanquecina conocida como **vérnix**, el cual actúa como una barrera protectora antibacterial, se puede observar en la imagen de la derecha.

El cuero cabelludo estará con moretones por un tiempo, especialmente con los recién nacidos que no tienen vello, también, se podrá ver que alrededor de los ojos estará hinchado.

El recién nacido contara con diferentes marcas como manchas mongólicas (azul o azul grisáceo son marcas de nacimiento en la parte baja de la espalda), con otras marcas de nacimiento o descamación de la piel particularmente en las muñecas, manos, tobillos y pies.[34]

Los genitales de los recién nacidos normalmente son más grandes y rojizos, en el caso de los niños tienen un escroto más grande. Aun en los niños el tórax se agrandará. Esto se debe a las hormonas, solo es temporal.

El cordón umbilical del recién nacido es de color blanquecino – azulado. Al nacer, normalmente se corta el cordón umbilical, dejando el 1-2 pulgadas. El resto de cordón umbilical se seca, oscurece y se cae entre las siguientes 3 semanas. En el hospital se deber aplicar triple antiséptico para prevenir una infección, así que el tono de piel de la parte del ombligo y alrededor será morada pero solo por un tiempo.

Figura 3.17: uso de pinzas en el cordón umbilical y su corto. (Imagen suministrada por NNethala bajo licencia CC BY-SA 3.0)

Los recién nacidos pierden rápidamente sus características físicas. Por eso a medida que pasa el tiempo, los bebés se ven diferentes. Mientras los bebés de más edad son “lindos”, muchos encuentran a los recién nacidos “poco atractivos”, por esta razón los padres primerizos deben tener conocimiento en este aspecto.[36]

Sueño

Habitualmente, un recién nacido duerme aproximadamente 16.5 horas en un día. El bebé duerme en diferentes periodos durante el día y la noche. Esto significa que se despiertan a menudo en el día y la noche (Salkind, 2005).[37]

Figura 3.18: Un bebé de más edad. (LA Imagen suministrada por brytny.com en Unsplash)

Reflejos

Los recién nacidos están dotados de diferentes **reflejos**, son movimientos involuntarios que responden a la estimulación. Algunos de estos son muy comunes, como el reflejo de succión y el reflejo de búsqueda, los cuales son muy importantes a la hora de alimentarlos. El reflejo de prensión y el reflejo del paso son sustituidos por más reflejos voluntarios. Entre los primeros meses de vida estos reflejos desaparecen, mientras que otros reflejos como, el parpadeo, la ingesta de alimentos, estornudar, las arcadas y el reflejo de abstenerse, se mantienen hasta la edad adulta como funciones importantes.[39]

Capacidades Sensoriales

Por bastante tiempo, a los recién nacidos se los consideraba como pasivos, desorganizados, que poseen pocas habilidades. Sin embargo, estudios recientes muestran el Desarrollo de los recién nacidos, con cuestión a la organización sensorial y su capacidad de percepción.

Sentido de la vista

El vientre es un ambiente oscuro y sin ninguna estimulación visual. Debido a eso la visión del bebé al nacer es el sentido menos desarrollado, por eso se necesita tiempo para construir patrones neurales entre el cerebro y los ojos. Generalmente los recién nacidos no pueden ver más allá de 8 a 16 pulgadas de su rostro y su agudeza visual es de 20/400. Lo cual significa que el infante puede ver algo a 20 pies que un adulto lo vería normalmente a 400 pies. Por esa razón el mundo parece muy borroso para el bebé.

Figura 3.19: Un recién nacido observando a su padre. (La Imagen es de dominio público)

Sentido auditivo

El sentido auditivo del bebé al nacer es muy agudo, este es evidenciado en el 7mo mes del desarrollo prenatal. De hecho, el bebé puede diferenciar sonidos similares al mes de nacido, incluso antes puede diferenciar entre una voz familiar y una voz desconocida. Su audición es sensible especialmente a la frecuencia de sonidos que realizamos al hablar, por eso se da tanta importancia al leguaje de bebé, el cual comentaremos más adelante.

Los recién nacidos prefieren escuchar la voz de su madre a la de cualquier otra mujer cuando se habla del mismo tema. (DeCasper & Fifer, 1980). En el útero, ellos pueden grabar información específica que escuchan de la voz de su madre. [41]

Estimulación Auditiva temprana

DeCasper y Spence (1986) hicieron la prueba con 16 bebés, a los cuales previamente sus madres les habían leído en la etapa prenatal. Las madres leyeron diferentes pasajes incluidos los primeros 28 párrafos de *El Gato en el Sombrero*, iniciaron cuando llevaban 7 meses de embarazo. En total se les leyó como 67 veces o en tiempo como unas 3.5 horas.

Durante la Prueba, los bebes podían escoger entre lo audios de dos historias, una de ellas era la que sus madres les habían leído mientras estaban en el vientre. Al ver lo rápido que agarraron sus chupones. Todos escogieron las historias que sus mamas les leyeron aun estando en el vientre.[42]

Figura 3.20: Una colección de libros de niños. (Imagen suministrada por kamiel79 en pixabay)

Sentido del tacto y dolor

Después del nacimiento, el recién nacido es sensible al tacto y a la temperatura, también es altamente sensible al dolor, por eso responde con llanto y una respuesta cardiovascular (Balaban & Reisenauer, 2013). La circuncisión en los recién nacidos es un procedimiento quirúrgico en el que se extrae la piel que recubre la punta del pene, si se lo realiza sin anestesia, el dolor se ve en la presión alta, aumenta el ritmo cardiaco, baja el nivel de oxígeno en la sangre y existe un aumento de las hormonas de estrés (Biblioteca Nacional de medicina de Estados Unidos, 2016). Una investigación ha demostrado que los bebés que han sido circuncidados sin anestesia experimentan más dolor y miedo durante la etapa de vacunas. Afortunadamente muchas de las circuncisiones que ahora se realizan son con anestesia local.

Sentido del gusto y olfato

Estudios demuestran que la forma de responder del bebé al gusto y al olfato es mediante expresiones faciales, que son innatas. Logran diferenciar entre lo ácido, amargo, dulce o salado, aunque prefieren los sabores dulces. Los recién nacidos, prefieren la fragancia de sus mamás. Un bebé de 6 días de Nacimiento prefiere mil veces el seno de su mamá que el de cualquier otra mama (Porter, Makin, Davis, & Christensen, 1992), algo interesante, es que entre las primeras horas de nacimiento el bebé prefiere el rostro de su mamá (Bushnell, 2001; Bushnell, Sai, & Mullin, 1989).

Al parecer, los bebés nacen con la habilidad de percibir el mundo de diferentes formas. Por ejemplo, los bebés que usan chupón con una superficie suave siempre buscan uno con superficie suave. Pero aquellos que usaron un chupón con textura en la superficie, siempre buscan un chupón con textura en la superficie.[44]

Figura 3.21: Bebé con su chupón. (Imagen suministrada por Beeki bajo licencia CC0 1.0)

Contribuyentes y atribuciones

22. Lifespan Development: A Psychological Perspective (page 63) by Martha Lally and Suzanne Valentine-French is licensed under CC BY-NC-SA 3.0

25. Newborn Screening es de dominio público ; Newborn Screening Program (NBS) por the el Departamento publico de salud de California dominio público

28. Lifespan Development: A Psychological Perspective (paginas 62-63) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0; Stillbirth by Wikipedia por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0

31. Lifespan Development - Chapter 4: Infancy - Physical Development por Lumen Learning referencias de Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

34. Mongolian Spot por Wiktionary bajo licencia CC BY-SA 3.0

36. Infant por WikiDoc bajo licencia CC BY-SA 3.0

37. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 71) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

39. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 73) por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

41. Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 76-77) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

42. Lifespan Development: A Psychological Perspective (página 76) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

44. Lifespan Development: A Psychological Perspective (páginas 76-77) por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 3.3: El recién nacido is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

3.S: Conclusión

En este capítulo vimos:

- Métodos para la preparación del nacimiento del bebé
- Procesos de parto (tanto vaginal como cesárea)
- Evaluación del estado del recién nacido
- Problemas que afronta el recién nacido
- Características de los recién nacidos (Incluyendo la apariencia, reflejos y capacidades perceptivas)

En los siguientes tres capítulos exploraremos los tres primeros años de vida. Existen muchos cambios durante estos años y son fundamentales.

This page titled 3.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

4: Desarrollo físico en recién nacidos e infantes

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo podrás:

1. Describir los cambios físicos que suceden durante los primeros seis meses de vida.
2. Identificar reflejos comunes de los recién nacidos.
3. Argumentar sobre las necesidades de sueño durante los primeros dos años de vida.
4. Resumir la secuencia de destrezas de motricidad fina y gruesa.
5. Reconocer el desarrollo de la capacidad sensorial en recién nacidos e infantes.
6. Explicar cómo satisfacer las cambiantes necesidades nutricionales de recién nacidos e infantes.

Bienvenido a la historia del desarrollo de un recién nacido hasta su infancia; desde el parto hasta sus dos años de edad aproximadamente. Los investigadores han dado a esta etapa del ciclo de la vida más importancia que a cualquier otro, quizás porque los cambios durante este tiempo son bastante drásticos y notables y tal vez porque hemos asumido que lo que pasa durante estos años provee un fundamento sólido para el resto de la vida. Sin embargo, se ha argumentado que el significado del desarrollo durante estos años ha sido sobrevalorado (Bruer, 1999). No obstante, este es el periodo de vida del cual educadores, profesionales de salud y padres le han dado mayor importancia. Examinaremos el crecimiento y nutrición durante los primeros meses de vida al igual que otros cambios que se dan durante esta etapa.[1]

Figura 4.1: Un bebé recién nacido. (Imagen por Carlo Navarro en Unsplash)

4.1: Rápidos cambios físicos
4.2: Proporciones del cuerpo
4.3: Reflejos
4.4: Destrezas de motricidad gruesa
4.5: Destrezas de motricidad fina
4.6: Capacidades Sensoriales
4.7: Nutrición
4.8: Salud
4.9: Sueño
4.S: Conclusión

Contribuyentes y atribuciones

1. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

Thumbnail: www.pexels.com/photo/child-i...n-road-786220/

This page titled 4: Desarrollo físico en recién nacidos e infantes is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.1: Rápidos cambios físicos

Como se mencionó en el capítulo anterior, el peso promedio de un recién nacido en Estados Unidos es de 7.5 libras y 20 pulgadas de longitud. Después de perder el 5% del peso en los primeros días, hay una etapa de crecimiento rápido. Para cuando el recién nacido cumple los 4 meses de edad, normalmente aumenta su peso al doble y al cumplir un año triplica el peso de su nacimiento. A los 2 años de edad, el peso se cuadriplica. La estatura promedio al primer año es de 26-32 pulgadas.[3]

Figura 4.2: Un bebé durmiendo (Imagen por Andres y Antoinette Ricardo usado con permiso)

Dos hormonas son muy importantes en este proceso de crecimiento. La primera es la hormona del crecimiento humano (HGH) la cual influye en todo tipo de desarrollo excepto en el Sistema Nervioso Central (CNS). La hormona que influye en el CNS se llama Hormona Estimulante de la Tiroides. Juntas estas hormonas contribuyen al crecimiento en la infancia temprana.

Dormir es muy importante para el proceso de crecimiento debido a que estas hormonas son liberadas cada noche mientras los niños duermen. Como resultado, los niños necesitan dormir entre 11 a 14 horas desde los 2 a 6 años de edad. Para que lleguen a tener ese sueño que tanto necesitan, probablemente los padres les lean historias, les hagan tomar un baño, lavarse los dientes, etc.[4]

Contribuyentes y atribuciones

3. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0
4. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 4.1: Rápidos cambios físicos is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.2: Proporciones del cuerpo

Otro cambio físico que se lleva a cabo en los primeros años de vida es el cambio en las proporciones del cuerpo. Inicialmente la cabeza conforma el 50 por ciento del cuerpo entero cuando nos estamos desarrollando en el vientre. Al nacer, la cabeza ocupa el 25 por ciento del cuerpo (piensa en cuanto mediría la cabeza si las proporciones de cuerpo fueran las mismas). A los 25 años comprende el 20 por ciento del cuerpo. Imagina ahora cuán difícil debe ser levantar la cabeza durante el primer año de vida. De hecho, si alguna vez has visto un recién nacido de 2 o 4 meses de edad acostado boca abajo tratando de levantar la cabeza, sabes cuán difícil es hacer esto. La comparación en esta grafica fue introducida originalmente en el capítulo anterior.

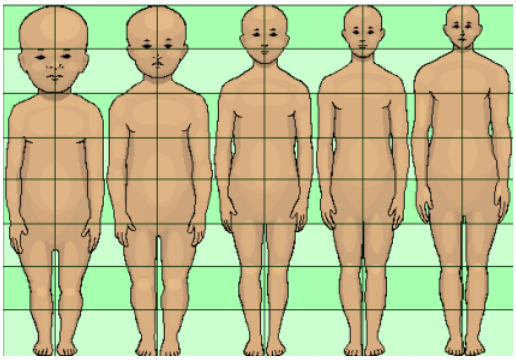


Figura 4.3: De izquierda a derecha: Proporciones del cuerpo humano al nacer, a los 2 años, a los 6 años, a los 12 años, y a los 19 años. (Imagen por Ephert bajo licencia CC BY-SA 4.0)

Uno de los cambios físicos más impresionantes que sucede durante esta etapa es el cerebro. Al nacer, el cerebro conforma un 25 por ciento de su peso adulto y no pasa lo mismo con otras partes del cuerpo. A los 2 años de edad, es un 75 por ciento, un 95 por ciento a los 6 años y un 100 por ciento a los 7 años.

Mientras la mayoría de las 100 a 200 billones de neuronas están presentes al nacer, no están completamente maduras y durante los siguientes años **dendritas** o conexiones entre neuronas se someterán a un periodo de entusiasmo pasajero o un crecimiento drástico temporal.

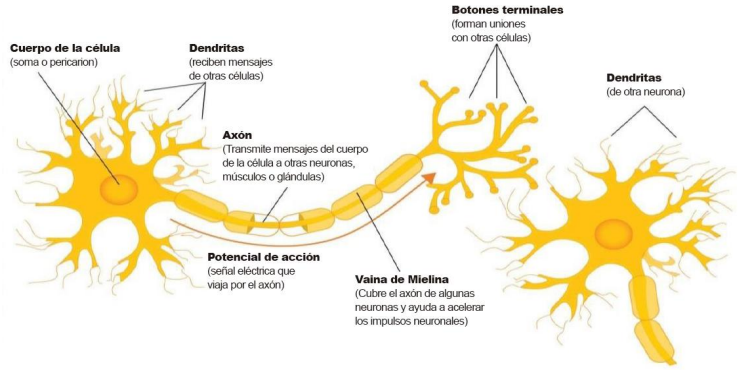


Figura 4.4: La neurona. (Imagen por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0)

Existe una proliferación de estas dendritas durante los primeros dos años, así que, a esta edad, una sola neurona puede tener miles de dendritas. Después de este impresionante aumento, las vías neuronales que no son usadas serán eliminadas para hacer de aquellas que sí se usan, más fuertes.[7]

Sinaptogenesis, o la formación de conexiones entre neuronas, continúa desde el periodo prenatal formando miles de nuevas conexiones durante los recién nacidos e infantes. Esta etapa de rápido crecimiento neural es llamada **Integración Sináptica**.[8] Esta actividad ocurre principalmente en la corteza o la delgada cobertura exterior del cerebro que implica actividad y pensamiento voluntario.

Figura 4.5: MRI el desarrollo del cerebro humano. (La Imagen es de dominio publico)

La corteza pre frontal que está localizada detrás de la frente y continúa creciendo y madurando durante la niñez y experimenta un crecimiento repentino durante la adolescencia. Esta es la última parte del cerebro en madurar y eventualmente comprenderá el 85 por ciento del peso del cerebro. La experiencia determinará cuál de estas conexiones se mantienen y cuales se pierden. En realidad, cerca del 40 por ciento de estas conexiones se perderán (Webb, Monk, and Nelson, 2001). Mientras la corteza pre frontal madura, el niño será cada vez más capaz de regular o controlar emociones, planear actividades, crear estrategias y tener mejor juicio.

Claro, esto no se puede realizar por completo en los recién nacidos ni en infantes, pero continúa durante la niñez y adolescencia.

Otro gran cambio que ocurre en el sistema nervioso central es el desarrollo de **mielina**, una capa de tejido graso que envuelve los axones de las neuronas. Esta permite la transmisión de impulsos nerviosos de manera rápida y eficiente entre las células nerviosas del cerebro.

Esto contribuye a una mejor construcción de vías neuronales y mejora la coordinación y control de movimientos y procesos mentales. El desarrollo de mielina continúa en la adolescencia, pero es más drástico durante los primeros años de vida.[10]

Contribuyentes y atribuciones

7. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

8. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

10. Lifespan Development: A Psychological Perspective by Martha Lally and Suzanne Valentine-French is licensed under CC BY-NC-SA 3.0

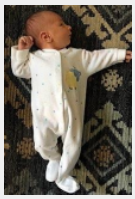
This page titled 4.2: Proporciones del cuerpo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.3: Reflejos

Los bebés están dotados con una gran cantidad de reflejos que son movimientos involuntarios en respuesta a un estímulo. Esto incluye el reflejo de succión (los bebés succionan cualquier objeto q toca sus labios automáticamente), el reflejo de búsqueda (implica girar hacia cualquier objeto que roce su mejilla), presión palmar (él bebé agarra fuertemente cualquier objeto que se le dé en la palma), y el reflejo del baile (evidente cuando él bebé se mantiene parado y mueve sus pies alternando hacia arriba y abajo como si bailara). Estos movimientos suceden automáticamente y son señales de que él bebé está bien neurológicamente. Dentro estas primeras semanas de vida estos reflejos son reemplazados con movimientos voluntarios o habilidades motoras.[11]

Bebés y niños crecen y se desarrollan a paso rápido durante los primeros años de vida. El desarrollo de ambas destrezas de motricidad fina y gruesa ayuda al niño a crecer, de ser un bebé recién nacido completamente dependiente, a un infante independiente en el lapso de 3 años aproximadamente.[12]

Tabla 4.1 – Algunos reflejos comunes de Bebés (Lifespan Development: A Psychological Perspective (pagina 74) por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0 (modificada por Antoinette Ricardo)

Reflejo	Descripción	Imagen	Reflejo	Descripción	Imagen
Succión	Succionar todo lo que toque los labios	Figura 4.6: (La Imagen es de dominio público)	**Moro o sobresalto**	Un sonido de repente o la falta de apoyo de la cabeza y cuello hacen que el bebé se sobresalte y, de repente, extiende sus brazos y piernas y después rápidamente contrae sus extremidades hacia adentro	Figura 4.7: (La Imagen es de dominio público)
Búsqueda	Rota la cabeza cuando se le toca la mejilla	Figura 4.8: (La Imagen es de dominio público)	**Tónico del cuello**	Cuando el niño relajado voltea la cara hacia un lado y su brazo se estira. El otro brazo queda flexionado en el codo en forma de defensa (luce como una pose de esgrima)	 Figura 4.9: (Imagen por Samuel Finlayson bajo licencia CC BY-SA 4.0)
Sujetar	Automáticamente los dedos sujetan cualquier cosa cerca de la palma de la mano	Figura 4.10: (Imagen por Raul Luna bajo licencia CC BY 2.0)	**Pisados**	Mueve las piernas dando pisadas en movimiento, cuando los pies tocan una superficie suave.	Figura 4.11: (La Imagen es de dominio público)
Babinski	Se presenta después de que se ha frotado la planta del pie. Los dedos se abren en forma de abanico	Figura 4.12:(Imagen por Medicus of Borg bajo licencia CC BY-SA 3.0)			

Contribuyentes y atribuciones

11. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psych 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

12. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 4.3: Reflejos is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.4: Destrezas de motricidad gruesa

Movimientos voluntarios que implican el uso de varios músculos y desplazamientos de los brazos, piernas, cabeza y torso. Conocidos como destrezas de motricidad gruesa (o grandes habilidades motoras). Estas se desarrollan primero. Por ejemplo, el bebé levanta la barbilla cuando está acostado boca abajo, levanta el pecho, se balancea hacia adelante y atrás sobre manos y rodillas y luego gatea. Pero también incluye explorar un objeto con los pies como hacen muchos bebés a la temprana edad de 8 semanas de vida si están sentados en un coche o algún otro asiento que les deja las caderas libres. Esto puede ser más fácil que alcanzar un objeto con las manos, lo que requiere mucha más práctica. (Berk, 2007). Y a veces un bebé tratará de dirigirse hacia un objeto mientras gatea y sorpresivamente moverse de vuelta por la gran cantidad de fuerza en las manos más que en los pies. También intentarán jalar los muebles, usualmente con el objetivo de alcanzar un objeto deseado. Generalmente esto conduce a dar pequeños pasos y a la larga una caminata.[21]

Marcadores de motricidad gruesa

Como se afirmó anteriormente, los niños crecen muy rápidamente y se pueden identificar algunos marcadores físicos rápidamente en los primeros años de vida.[22] A continuación hay una tabla de grandes marcadores importantes (comportamientos o habilidades físicas vistas en bebés y niños mientras crecen y se desarrollan, estos datos están dentro del rango normal) esto ocurre con los niños durante sus primeros años formativos.

Tabla 4.2 – Marcadores de motricidad gruesa (Developmental Milestones por el CDC es de dominio publico)

Edad	Lo que la mayoría de los niños hacen a esta edad
2 meses	• Puede mantener la cabeza arriba y empieza a impulsarse cuando están boca abajo. • Hace movimientos suaves con brazos y piernas
4 meses	• Mantiene la cabeza firme, sin apoyo • Empuja con las piernas cuando los pies están en una superficie dura • Quizás sea capaz de darse vuelta de la barriga hacia atrás • Lleva las manos a la boca • Cuando esta boca abajo, flexiona los brazos
6 meses	• Gira en ambas direcciones (hacia atrás y hacia adelante) • Empieza a sentarse sin apoyo • Cuando está parado, apoya el peso en las piernas y quizás brinque • Se mueve de un lado a otro, a veces gateando hacia tras antes de ir adelante.
9 meses	• Se mantiene parado • Puede mantenerse sentado • Se sienta sin apoyo • Intenta levantarse • Gatea
1 año	• Puede sentarse sin ayuda • Puede levantarse y caminar sosteniéndose de muebles (“lentamente”) • Da algunos pocos pasos sin sostenerse • Probablemente ya puede parase solo
18 meses	• Camina solo • Probablemente pueda subir escaleras y correr • Sostiene algunos juguetes mientras camina • Puede ayudar a desvestirse

2 años	• Se para de puntillas • Patea balones • Empieza a correr • Sube y baja de los muebles sin ayuda • Sube y baja las gradas sosteniéndose • Puede lanzar alto los balones

Figura 4.13: Un bebé jugando en la arena. (Imagen por Andres y Antoinette Ricardo con permiso)

Contribuyentes y atribuciones

21. Children's Development por Ana R. Leon bajo licecia CC BY 4.0

22. Developmental milestones record por la U.S. National Library of Medicine es de dominio publico

This page titled 4.4: Destrezas de motricidad gruesa is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.5: Destrezas de motricidad fina

Los movimientos de los pies, dedos de los pies, manos y dedos de las manos son llamados destreza de motricidad fina (o pequeñas habilidades motrices). Estas incluyen la habilidad de alcanzar y sostener un objeto en coordinación con la visión. Los recién nacidos no pueden sostener objetos voluntariamente, pero si pueden mover la mano hacia el objeto de su interés. Alrededor de los 4 meses de vida, él bebé es capaz de alcanzar un objeto, primero con ambos brazos y dentro de unas semanas, con un solo brazo. Sostener un objeto implica el uso de los dedos y la palma, pero sin pulgares.

Figura 4.14: Un bebé alimentándose solo. (Image por Matt Preston bajo licencia CC BY-SA 2.0)

El uso del pulgar viene a los 9 meses de vida aproximadamente cuando el bebé es capaz de sostener un objeto usando el dedo índice y el pulgar. Este movimiento es conocido como el **agarre en forma de pinza** el cual permite coger y manipular un objeto y los bebés se deleitan realizando esta nueva actividad. Pueden pasar horas tratando de recoger objetos pequeños del piso y ponerlos en contenedores. Y como estos objetos generalmente van a la boca, los cuidadores deben evitar que objetos muy pequeños estén en sus manitos porque pueden atragantarse con ellos. A los 9 meses, un bebe puede observar un objeto q se mueve, alcanzarlo a medida q se va acercando y sostenerlo. Estas acciones en conjunto son muy complicadas si recordamos cuán difícil hubiera sido hacer esto unos meses antes.[26]

Marcadores de motricidad fina

Mientras que las habilidades de motricidad fina son más lentas en desarrollarse, se puede percibir un mejor desarrollo durante los primeros dos años. Como se explicó anteriormente, en los primeros años de vida, los niños pasan de no tener control sobre su motricidad fina a ser capaces de manipular objetos para jugar y aprender, al mismo tiempo empiezan a cuidarse a sí mismos. La siguiente es una tabla de lo que normalmente sucede en el desarrollo de la motricidad fina.

Tabla 4.3 Marcadores de motricidad fina: Fine Motor Milestones (Developmental Milestones por el CDC es de dominio publico)

Edad	Lo que la mayoría de los niños hacen a esta edad
2 meses	• Sostiene fuertemente • No alcanza los objetos • Sostiene las manos en forma de puño
4 meses	• Lleva las manos a la boca • Utiliza las manos y los ojos juntos, ve el juguete y lo alcanza. • Sigue con la mirada el movimiento de los objetos de un lado a otro. • Puede sostener un juguete con toda la mano y sacudirlo (**agarre cubital palmar**)
6 meses	• Alcanza las cosas con ambas manos • Lleva las cosas a la boca • Comienza a pasar cosas de una mano a la otra
9 meses	• Pone las cosas a la boca • Mueve las cosas suavemente de una mano a la otra • Recoge objetos utilizando su dedo índice y pulgar (agarre en forma de pinza**)**

1 año	• Alcanza las cosas con una mano • Golpea dos objetos juntos • Pone las cosas dentro de un recipiente y las vuelve a sacar • Hace las cosas sin ayuda • Señala con el índice
18 meses	• Garabatea • Puede ayudar a desvestirse • Puede beber de un vaso • Come con cuchara con mucho cuidado • Acumula 2-4 objetos
2 años	• Construye torres de 4 o más bloques • Probablemente use más una mano que la otra • Puede copiar líneas rectas y círculos • Disfruta llenar y vaciar cosas • Desabotona grandes botones • Abre largos cierres • Bebe y se alimenta con más cuidado

Contribuyentes y atribuciones

26. Children's Development po Ana R. bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 4.5: Destrezas de motricidad fina is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.6: Capacidades Sensoriales

A lo largo de la historia, se consideraba que el bebé recién nacido era un ser inactivo y desordenado que tiene habilidades mínimas. William James, un psicólogo de años antes, describió el mundo del recién nacido como una ‘’confusión de sonidos, ’’ (Shaffer, 1985). Sin embargo, técnicas de búsqueda actuales han demostrado cuan desarrollado es el recién nacido especialmente con estimulaciones sensoriales y habilidades de persuasión.

Sentido de la vista

El vientre es un ambiente oscuro no existe estimulación visual. Consecuentemente, la visión es el sentido que menos se desarrolla al nacer y se necesita tiempo para construir esos caminos neuronales entre el ojo y el cerebro. Los recién nacidos generalmente no pueden ver más allá de 8 a 16 pulgadas de sus rostros (lo que sería la distancia del mismo bebé al rostro de la madre cuando le está amamantando o dándole el biberón). Su agudeza visual es de 20/400, lo que significa que un bebé puede ver algo a 20 pies de distancia mientras q un adulto con visión normal puede ver a 400 pies. Por lo tanto, el mundo probablemente luce borroso para los bebés. Debido a su pobre agudeza visual, ellos miran por más tiempo los tableros con cuadros más grandes que los que los tienen muy pequeños. Los límites de un bebe en el campo visual son más altos que de un adulto. Por consiguiente, los juguetes para bebés a veces son fabricados en un patrón en blanco y negro en vez de colores pasteles porque el patrón hace que el objeto sea más visible al sistema visual inmaduro. Para los 6 meses, la agudeza visual de los bebés mejora y se aproxima a la de los adultos 20/25 de agudeza visual.

Figura 4.15: Un bebé mirando a la persona que lo alimenta. (Imagen por Ben Kerckx en Pixabay)

Cuando miran el rostro de una persona, los recién nacidos no miran a los ojos como los adultos; más bien ellos tienden a mirar la barbilla—la parte menos llamativa del rostro. Sin embargo, a los 2 o 3 meses, ellos buscarán más detalles al explorar un objeto visualmente y empezarán a mostrar preferencias por imágenes nuevas que por las que ya conocen, y por objetos en tercera dimensión que por imágenes planas. Los recién nacidos tienen dificultad distinguiendo colores, pero dentro de unos meses serán capaces de hacerlo tan bien como los adultos.Visión binocular, que es el tipo de visión en el que los dos ojos se utilizan conjuntamente, es evidente a los 3 meses y se continúa desarrollando durante los primeros 6 meses. Para los 6 meses, el bebé puede percibir la profundidad en dibujos (Sen, Yonas, & Knill, 2001). Bebés que tienen experiencia gateando y explorando prestan mayor atención a señales visuales de peligro y modifican sus acciones de acuerdo a eso. (Berk, 2007).

Sentido del Oído

El sentido del oído del bebé es muy agudo al nacer, y la habilidad de escuchar es evidente tan pronto como al 7mo mes del desarrollo prenatal. De hecho, un bebé puede distinguir entre sonidos similares desde el primer mes después de nacido y puede distinguir entre una voz familiar a una desconocida desde más temprano incluso. Los bebés son especialmente sensibles a la frecuencia sonora de la voz humana y prefieren la exageración de la voz de un bebé, el cual se discutirá más adelante. Adicionalmente, los bebés están naturalmente listos para responder el sonido de cualquier idioma, pero esta habilidad se pierde a los 7 y 8 meses mientras él bebé se familiariza con el sonido de un idioma en particular y menos sensitivo a sonidos que son de otro idioma con el que no está familiarizado.

Los recién nacidos también prefieren la voz de su madre sobre cualquier otra voz femenina (DeCasper & Fifer, 1980). Además, ellos desde el útero perciben toda la información desde la voz de su madre. Quizás recuerdes el estudio El gato ensombrerado analizado en el capítulo anterior que ilustra este punto.

Sentido del Tacto y Dolor

Inmediatamente después de nacer, el bebé es sensible al tacto y la temperatura, y es altamente sensible al dolor, demostrándolo con llanto y respuestas cardiovasculares (Balaban & Reisenauer, 2013). Recién nacidos que son circuncidados, que es una cirugía para remover el prepucio del pene, sin anestesia es muy dolorosa y se demuestra en el aumento de la presión sanguínea, el ritmo cardiaco, decae el oxígeno en la sangre, y hay una sobrecarga de la hormona del estrés (United States National Library of Medicine, 2016). Estudios han demostrado que bebés que fueron circuncidados sin anestesia experimentaron más dolor y miedo durante las vacunas de rutina. Afortunadamente ahora se usan calmantes durante los procedimientos de circuncisión.

Sentido del Gusto y Olfato

Estudios del sentido del gusto y olfato demuestran que los bebés responden con diferentes expresiones faciales, sugiriendo que cierta preferencia es innata. Los recién nacidos pueden distinguir entre diferentes sabores como amargo, ácido, dulce o salado y demostrar una preferencia por sabores dulces. Recién nacidos también prefieren el olor de sus madres.

Figura 4.16: Las respuestas de los bebés a diferentes sabores. (Imagen por Alice Vilela y Fernanda Cosme bajo licencia CC BY 4.0)

Un bebé de solo 6 días de nacido es más propenso a inclinarse hacia el pecho de su madre que al de la madre de otro bebé. (Porter, Makin, Davis, & Christensen, 1992), y en solo horas de nacimiento un bebé muestra preferencia por el rostro de su propia madre, (Bushnell, 2001; Bushnell, Sai, & Mullin, 1989). Los bebés parecen haber nacido con la habilidad de percibir el mundo en una manera intermodal; es decir mediante estimulación de más de una modalidad sensorial. Por ejemplo, los bebés que tienen chupón con una suave o áspera superficie prefieren tener el mismo modelo visual del chupón. A los 4 meses, los bebés pueden combinar el movimiento de labios con sonidos al hablar y combinar otros eventos audiovisuales. Aunque el desarrollo sensorial enfatiza los procesos aferentes utilizados para asimilar la información del ambiente, estos procesos sensoriales pueden ser afectados por el desarrollo motriz del bebé. Alcanzar, gatear y otras acciones permiten al bebé tocar, ver y organizar sus experiencias en varias maneras.[30]

Contribuyentes y atribuciones

30. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 4.6: Capacidades Sensoriales is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.7: Nutrición

Las necesidades nutricionales cambian con la edad. Examinemos como los cuidadores deben alimentar al niño durante sus primeros años de vida y algunos riesgos de los que deben estar advertidos.

Lactancia Materna

La leche materna es considerada la dieta ideal para los recién nacidos. Calostro, la primera leche materna producida durante el embarazo y justo después del parto, ha sido descrita como el “liquido de oro” (Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (USDHHS), 2011). Es muy rica en nutrientes y anticuerpos. Cambia del tercer al quinto día después del parto, convirtiéndose en más diluyente, pero con la cantidad necesaria de grasa, azúcar, agua y proteínas para apoyar al desarrollo físico y neurológico. Para la mayoría de los bebés, la leche materna es más fácil de digerir que la formula. Los bebés que se alimentan de la formula experimentan más diarrea y molestias estomacales. La ausencia de anticuerpos en la formula normalmente resulta en un alto riesgo de contraer infecciones respiratorias o en el oído. Los niños que consumen leche materna tienen menos probabilidades de contraer leucemia infantil, asma, obesidad, diabetes tipo 1 y 2, y menos riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante. La USDHHS recomienda que las madres amamanten a sus bebés hasta al menos los 6 meses de edad y la leche materna sea usada en la dieta durante el primer año o dos.

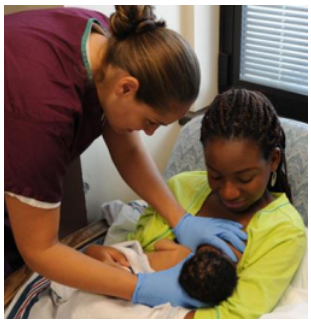


Figura 4.17: Una enfermera ayudando a una madre primeriza a amamantar. (Imagen por el Military Health System bajo dominio publico)

Beneficios de la lactancia materna

Muchos estudios recientes han reportado que no solo los bebés se benefician de la lactancia materna. Estimula las contracciones en el útero de la madre para ayudar a recuperar su tamaño normal, y las mujeres que dan de lactar es más probable que sus embarazos sean muy separados uno de otro. Madres que dan de lactar están en menos riesgo de desarrollar cáncer de mama (Islami et al., 2015), especialmente entre grupos raciales y étnicos de alto riesgo (Islami et al., 2015; Redondo et al., 2012). Las mujeres que dan de lactar corren menos riesgo de contraer cáncer de ovario (Titus-Ernstoff, Rees, Terry, & Cramer, 2010), diabetes tipo 2 (Schwarz et al., 2010; Gunderson, et al., 2015), y artritis reumatoide (Karlson, Mandl, Hankinson, & Grodstein, 2004). En muchos estudios estos beneficios se han visto en mujeres que dieron de lactar más de 6 meses.

Retos de la lactancia materna

Sin embargo, muchas madres que dieron de lactar en los Estados Unidos dejaron de hacerlo alrededor de las 6-8 semanas, a menudo para volver al trabajo fuera de casa (USDHHS, 2011).

Las madres aún pueden continuar alimentando a sus bebés con la leche materna al extraer la leche y congelarla para usar a la hora de alimentar al bebé. Sin embargo, algunas madres encuentran que después del ánimo inicial que reciben en el hospital para dar de lactar, el mundo brinda menos apoyo a estos esfuerzos. Algunos lugares de trabajo apoyan a las madres que deben dar de lactar y les proveen horarios flexibles y permiten que los bebés estén ahí, pero muchos no lo hacen. Además, no todas las mujeres son capaces de dar de lactar. Mujeres con VIH están prohibidas porque la infección puede pasar al bebé. Similarmente, mujeres que están tomando cierta medicación o están bajo algún tratamiento de radiación no pueden dar de lactar (USDHHS, 2011).

Costo de la lactancia materna

En aumento a los beneficios nutricionales, la leche materna no tiene que ser comprada. Mientras los precios por año de la formula y suplementos alimenticios puede llegar a $1,500 (USDHHS, 2011).

Para que la leche materna sea completamente beneficiosa para los bebés las decisiones en la vida de la madre afectan la calidad de la nutrición que el bebé recibirá. Consideremos el consumo nutricional de la madre. La lactancia limita el consumo de algunas bebidas y comidas, al mismo tiempo incrementa el consumo de opciones más saludables. Una visita al supermercado te mostrará que las opciones más saludables y nutritivas pueden ser más caras que las opciones más baratas pero procesadas. Una gran variedad de vegetales y frutas deben consumirse, acompañadas de la proporción y la cantidad de granos integrales, lácteos y alimentos altos en grasa correctos. Además, se anima a las madres que dan de lactar a tomar vitaminas regularmente. Esto hace surgir la pregunta de la importancia es de amamantar.

Una Mirada histórica a la lactancia materna

El uso de nodrizas, o madres lactantes contratadas para cuidar otros bebés, durante la edad media eventualmente declinaron y las madres alimentaron sus propios bebés para finales de 1800.

En los principios del siglo 20, la acción de amamantar empezó a ser rechazada por las propias madres. Para la década de 1950, fue practicada menos frecuentemente y la fórmula empezó a verse superior a la leche materna.

Al finalizar la década de 1960 y 1970, se empezó a dar mayor énfasis al parto natural y a la lactancia materna y los beneficios de esta fueron publicados ampliamente. Gradualmente los porcentajes de las madres que dan de lactar a sus bebés empezaron a subir, particularmente entre la clase media educada algunas madres recibieron el fuerte mensaje de amamantar a sus bebés.

Hoy en día las mujeres reciben asesoría de especialistas en lactancia antes de ser dadas de alta del hospital para asegurarse de que estén informadas de los beneficios de amamantar y dan apoyo y ánimo para lograr que los bebés se acostumbren a agarrar el pecho. Esto no siempre pasa inmediatamente y las madres primerizas, especialmente, pueden molestarse o desanimarse. En este caso, los especialistas y el equipo de cuidados pueden animar a la madre a seguir intentando hasta q el bebé y ella estén cómodos.[32]

Alternativas para amamantar

Hay muchas razones por la que las madres se preguntan si deberían amamantar o no, en las siguientes circunstancias: bajo suministro de leche, cirugías del pecho, uso de drogas ilícitas, medicación, enfermedad infecciosa y pezones invertidos. Otras madres escogen no amamantar. Algunas razones son: falta comodidad personal con los cuidados, el tiempo que se invierte, dieta poco saludable, y deseo de más flexibilidad sobre cuándo un bebé puede ser alimentado. Para estas madres y sus bebés, la formula está disponible. Además de la leche materna, la fórmula para bebés es la segunda que la comunidad médica considera nutritiva y aceptable para los bebés a la edad de un año (opuesto a la leche de vaca, leche de cabra o la formula). Puede usarse además de amamantar. Como suplemento o alternativa a la leche materna.

Las fórmulas para bebés más comunes contienen leche de vaca purificada, suero de leche y caseína como fuente de proteína, mezcla de aceites vegetales como fuentes de grasa, lactosa y fuente de carbohidratos, una vitamina mineral mix y otros ingredientes dependiendo del fabricador. Además, hay fórmulas de bebes que usan la soya como una fuente de proteína, en vez de la leche de vaca (mayormente en Estados Unidos y Gran Bretaña) y fórmulas que usan la proteína hidrolizada dentro de este componente amino ácidos para bebés que sean alérgicos a otras proteínas.[33]

Figura 4.18: Un padre alimentando a su bebé con un biberón. (Imagen por Ilya Haykinson bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Un argumento dado para promover la práctica de amamantar fue que promovía el estrechar lazos y desarrollo emocional para los bebés. Sin embargo, este no parece el caso. Los bebés que fueron amamantados o alimentados por biberón se adaptan igualmente bien emocionalmente (Ferguson & Woodward, 1999). Estas son buenas noticias para las madres que son incapaces de alimentar a su bebé por varias razones y para los padres que fueron puestos a un lado.

Condiciones y problemas físicos comunes durante la infancia

La Academia de Pediatras recomienda que los niños empiecen a alimentarse, además de leche materna o la fórmula para bebes, cuando estén en sus 6 meses de edad. Cada niño es diferente. Aquí hay algunas señales que muestran que un bebe está listo para comida solida además de leche materna o fórmula:

- El niño puede sentarse con poco o nada de apoyo.
- El niño tiene un buen control de la cabeza.
- El niño abre su boca y se inclina hacia adelante cuando le ofrecen comida.

¿Cómo se debe introducir comida sólida?

La Academia Americana de Pediatras dicen que, para la mayoría de los niños, el alimento sólido no necesita servirse en cierto orden. Los niños pueden empezar a consumir alimento solido a los 6 meses de vida. Para cuando ellos tienen 7 u 8 meses de edad, pueden empezar con una variedad de comidas de diferentes grupos alimenticios. Estas incluyen cereales para bebés, carne y otras proteínas, frutas, vegetales, granos, yogurts, quesos y mucho más.

Si se alimenta al bebé con cereales, es importante ofrecer una variedad de cereales fortificados como avena, cebada y multigrano en vez de solo cereal de arroz. La Administración de Comida y Medicamentos no recomienda solo proveer al bebé de cereal de arroz porque existe el riesgo de exponer al niño a un metal llamado arsénico.

Los niños deberían ser capaces de tratar una comida a la vez al principio y debería haber un espacio entre 3 a 5 días antes de que otro alimento sea introducido. Esto permite a los cuidadores ver si el niño tiene algún problema con ese alimento, como alergias, por ejemplo.

Figura 4.19: Un bebé empezando con el alimento sólido. (Imagen por Ben_Kerckx en Pixabay)

Puede tomar varios intentos antes que el niño le halle el gusto. Por lo tanto, los cuidadores deben seguir intentando, aunque algún alimento sea rechazado en la primera vez.

USDA Patrones de comida Infantil

El Departamento de Agricultura de Servicios de Alimento y Nutrición de los Estados Unidos provee la siguiente guía para alimentar a los bebés e infantes.

Tabla 4.4: Patrones de comida para bebés (Infant Meals por la USDA es de dominio publico)

Alimento	0-5 meses	6-11 meses
Desayuno	4-6 onzas líquidas de leche materna o fórmula	6-8 onzas liquidas de leche materna o fórmula 0-4 cucharas de cereal, carne, pescado, aves, huevos enteros, habas y arvejas secas cocidas; o 0-2 onzas de queso; o 0-4 onzas (volumen) requesón; o 0-4 onzas de yogurt; o una combinación* 0-2 cucharas de vegetales, frutas, o ambos*

Almuerzo o Cena	4-6 onzas líquidas de leche materna o fórmula	6-8 onzas líquidas de leche materna o fórmula 0-4 cucharas de cereal, carne, pescado, aves, huevos enteros, habas y arvejas secas cocidas; o 0-2 onzas de queso; o 0-4 onzas (volumen) requesón; o 0-4 onzas de yogurt; o combinación* 0-2 cucharas de vegetales, frutas, o ambos*
Refrigerio	4-6 onzas líquidas de leche materna o fórmula	2-4 onzas líquidas de leche maternal o fórmula 0-½ pedazo de pan; o 0-2 galletas; o 0-4 cucharas de cereal o cereales listos para el consumo* 0-2 cucharas de vegetales, frutas, o ambos*

*Requerido cuando el bebé está preparado. Todas las medidas para servir son cantidades mínimas.

Tabla 4.5: Patrones de comida para niños (1-2 años) (Child and Adult Meals por el USDA es del dominio publico)

Alimento	Edades 1-2
Desayuno	½ taza de leche ¼ taza de vegetales, frutas, o ambos ½ onza equivalente de granos
Almuerzo o Cena	½ taza de leche 1 onza de carne o carne alternativa 1/8 taza de vegetales 1/8 taza de frutas ½ onza equivalente de granos
Refrigerio	Selecciona dos de los siguientes: ½ taza de leche ½ onza de carne o carne alternativa ½ taza de vegetales ½ taza de frutas ½ onza equivalente de granos

Nota: Todas las medidas para servir son cantidades mínimas de los alimentos requeridos.

Desnutrición infantil

Pueden existir serios efectos en los niños cuando hay deficiencias en su nutrición. Exploremos algunos tipos de preocupaciones nutricionales.

Desgaste

Los niños en países desarrollados y en países donde experimentan las duras condiciones de Guerra están en riesgo de dos tipos graves de malnutrición, también referida como desgaste.

Marasmo infantil se refiere a la inanición debido a la falta de calorías y proteínas. Niños que no reciben la nutrición adecuada pierden grasa y músculo hasta q sus cuerpos no pueden funcionar. Los bebés que son amamantados corren menos riesgo de malnutrición que aquellos que son alimentados con el biberón.

Después que es destetado, el niño que tiene una dieta deficiente en proteína puede experimentar **kwashiorkor** o el "Síndrome del que se desplaza," usualmente ocurre después que otro niño ha nacido y ha sido amamantado. Esto resulta en la pérdida de apetito y la hinchazón del abdomen mientras el cuerpo va desmoronando los órganos vitales como una fuente de proteína.

En todo el mundo el porcentaje de emaciación o desnutrición ha descendido. Aun así, el 2014, según con la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, aun existían 50 millones de niños con menos de 5 años que experimentaban diferentes formas de desnutrición y 16 millones sufrieron una desnutrición severa. (UNICEF, 2015). Mundialmente, estas cifras indican que más o menos 1 de cada 13 niños sufre de alguna forma de emaciación. La mayoría de estos niños viven en Asia (34.3 millones) y en África (13.9 millones). La desnutrición es el resultado de escasez de alimento, dietas regionales que no contienen proteínas ni vitaminas, o enfermedades infecciosas que inhabilitan el apetito (Latham, 1997).

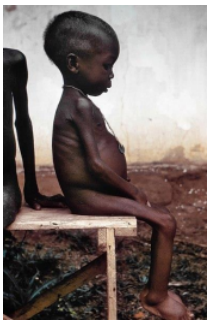


Figura 4.20: Niño que sufre de desnutrición. (La Imagen suministrada por CDC es de dominio público)

Las consecuencias de la desnutrición dependen mucho de la etapa en la que los padres del enfermo o los apoderados buscan un tratamiento médico para los niños. Lamentablemente, en algunas culturas las familias no buscan ayuda en la etapa inicial, como resultado el niño es hospitalizado, el cual muere 3 días después de su internación (Latham, 1997). Muchos estudios demuestran que disfunción cognitiva a largo plazo, esta se debe a la mala alimentación (Galler & Ramsey, 1989; Galler, Ramsey, Salt & Archer, 1987; Richardson, 1980), aun cuando el ambiente en casa es controlado (Galler, Ramsey, Morley, Archer & Salt, 1990). Puntuación baja en coeficiente intelectual (Galler et al., 1987), déficit de atención (Galler & Ramsey, 1989), y problemas de comportamiento en el aula (Galler et al., 1990) se han informado de estos casos en niños con un historial serio de mala alimentación en los primeros años de vida.[40]

Anemia por consumo de leche

En Estados Unidos la anemia por consumo de leche: Es alrededor de 9 millones de niños que están mal nutridos. Muchos, aún sufren de anemia por consumo de leche, debido a que esta no contiene hierro. Esto se debe a que, desde muy pequeños se les da leche en todo momento ya sea para tranquilizarlos, cuando descansan, cuando despiertan y así sucesivamente. Debido a esto, se pierde el apetito durante la niñez y solo una pequeña cantidad de leche (especialmente si contiene jarabe de chocolate) puede fácilmente satisfacer el apetito de un niño por varias horas. El calcio en la leche interfiere con la absorción de hierro. Muchas escuelas y jardines de niños han determinado darles un poco de leche, después de la comida principal para no interferir con su apetito.[41]

Retraso en el desarrollo

Retraso en el desarrollo (RED) Ocurre cuando el consume nutricional de los niños es insuficiente para el crecimiento y el aumento de peso. RED normalmente se presenta dos años antes, cuando el índice de crecimiento es el más alto. Los padres deben preocuparse cuando los niños escogen comer solo ciertos alimentos, poco aumento de peso, baja estatura a comparación de otros de su edad. Los médicos generalmente identifican RED en las visitas que hacen al consultorio, ya que se ve en el seguimiento de parámetros de crecimiento del niño, si se han llevado a cabo de manera normal.

RED puede ser causada por problemas físicos y mentales del niño (errores innatos en el metabolismos, reflujo acido, anemia, diarrea, fibrosis quística, enfermedad de Crohn, celiaquía, paladar hendido , labio leporino, alergia a los lácteos, hipertiroidismo, afecciones cardiacas congénitas, etc.) también puede afectar las acciones de quien cuida del niño (ambiente) lo que incluye la inhabilidad de producir suficiente leche materna, suministro de alimentos inapropiados, proporción de alimento con poca frecuencia, por ejemplo, un niño que sufre de un reflujo acido severo , que parece sentir molestias mientras come, hará que el que lo cuida dude en ofrecerle más alimento. Estas causas pueden coexistir. Por ejemplo, un niño que no recibe una buena nutrición puede aparentar estarlo, de forma que sus cuidadores no lo alimenten con la frecuencia necesaria.[42]

Contribuyentes y atribuciones

32.Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

33. Infant Formula by Wikipedia is licensed under CC BY-SA 3.0

36. When, What, and How to Introduce Solid Foods por el CDC esta en el dominio publico

40. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

41. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

42. Failure to Thrive por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0

This page titled 4.7: Nutrición is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.8: Salud

La salud de los bebés depende de que los adultos, que se preocupan por ellos, promuevan y protejan su salud. La siguiente sección aborda el tema de las condiciones físicas que afectan a los bebés, como el sacudir violentamente a los bebes y la importancia de la vacunación.

Condiciones y problemas físicos comunes durante la infancia

Algunas condiciones y problemas físicos son muy comunes durante la infancia. Muchos son normales y los cuidadores del bebé, pueden lidiar cuando estos pasen. Mayormente, es cuestión que los cuidadores aprendan que sería normal en un bebé y estar tranquilo con la nueva rutina en casa. Los padres y cuidadores primerizos tienen las siguientes preguntas:

- Movimiento intestinal
- Cólicos
- Dermatitis del Pañal
- Regurgitación / vómitos
- Dentición.
- Orina
- Ictericia

Movimiento Intestinal

Existen muchos cambios en el movimiento intestinal de un bebé, tanto en color como en consistencia, incluso en los primeros días de recién nacido. Mientras, el color, consistencia y frecuencia de las deposiciones cambian, las deposiciones duras y secas pueden indicar la deshidratación y las deposiciones aguadas indican diarrea.

Figura 4.21: cambio de pañal de un bebé. (Imagen por Kevin Phillips bajo licencia CC BY 2.0)

Cólicos

Muchos bebés se irritan por las noches, pero si el llanto no para y empeora durante el día, puede ser causado por un cólico. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría, una quinta parte de los bebes desarrollan cólicos empezando la 2da y 4ta semana de vida. Pueden llorar inconsolablemente o gritan, extienden o levantan sus piernas y evacuan gases. Su estómago se agranda. Los episodios de llanto pueden suceder en cualquier momento, aunque empeoran en las primeras horas de la noche.

Los cólicos podrían mejorar o desaparecer a los 3 o 4 meses del bebé. No existe una explicación de por qué algunos tienen cólico. Los profesionales de salud pueden asegurar que no hay una razón médica detrás del llanto.

Algunos bebés se tranquilizan cuando los cargan, los mecen o los envuelven ceñidamente en una manta. A algunos les gusta el chupón

Figura 4.22: Padre sosteniendo a su bebé. (Imagen suministrada por David D bajo licencia CC BY 2.0)

Síndrome del bebé sacudido

Aquí un anuncio de servicio público del Centro de Control de Enfermedades (CCE)

El llanto.

La alimentación avanzada la noche.

El cambio de pañal.

El agotamiento.

Si alguna vez han estado con un bebe que no para de llorar, es muy probable que uno se frustre. Debemos enfocarnos en tranquilizarnos y entender que quizás no podamos calmar al bebé. No es nuestra culpa o la del bebé.[45]

Es normal que los bebés sanos lloren y hasta algunos lloran más que otros. Algunas veces es difícil poder consolarlos y es muy probable que el cuidador llegue a su límite. Cuando los cuidadores pierden el control y sacuden al bebe puede resultar en algo desastroso.

Síndrome del Bebé Sacudido (SBS) es un tipo de abuso infantil, ocasionado al agitar vigorosamente los hombros, los brazos o las piernas del niño. El "Latigazo cervical" puede causar una presión intracraneal (en el cerebro) o sangrado intraocular (en los ojos). Generalmente, no hay un trauma externo en la cabeza. Aun así, los niños con SBS mostrarán algunas señales:

- Cambios en los patrones de sueño o la imposibilidad de mantenerse despierto
- Desorientado, inquieto o agitado
- Convulsiones o crisis epilépticas
- Perdida de energía y motivación
- Balbuceo
- Llanto incontrolable
- Imposible consolarlo
- Imposibilidad de alimentarse o comer

SBS puede resultar en muerte, retraso mental o retraso en el desarrollo, parálisis, deficiencia motriz severa, espasticidad, ceguera y ataques epilépticos.

¿Quién está en riesgo?

Los niños pequeños son los más vulnerables a este tipo de abuso. Sus cabezas son más grandes en comparación de sus cuerpos y los músculos de su cuello son débiles. Los niños menores de un año corren mayor riesgo, pero SBS también se ha dado en niños de 5 años. La zarandeada generalmente ocurre cuando el bebé llora o se tiene un accidente en el entrenamiento de ir al baño. Los culpables suelen ser varones, principalmente el padre biológico, el novio o compañero de la madre. Los cuidadores son los causantes en los 9% a 21% de los casos. La explicación que normalmente da el cuidador es - "estaba jugando con el bebé"— no se da cuenta de la severidad del trauma. En muchos casos existe un historial de abuso infantil.

¿Se puede prevenir?

SBS si se puede prevenir. Aunque, la educación no puede prevenir este tipo de abuso. El programa de visitas en casa es una muestra de prevención a cualquier abuso infantil. Como el padre del bebé o el compañero de la madre son generalmente los causantes de SBS, ellos deben estar incluidos en el programa de visitas. Este programa trae recursos para la familia. Los profesionales médicos brindan información, ayuda para el cuidado de salud, apoyo psicológico y otros servicios que pueden ser efectivos para los padres y cuidadores.

En conclusión

- Sacudir a un bebé puede causar su muerte o daño cerebral permanente. Lo cual resulta en una parálisis irreversible.
- Estrategias saludables para lidiar con el llanto del bebé:
  - Encontrar la razón por la que llora
  - Revisar señales de una dolencia o malestar, como el sarpullido por el pañal dentición o ropa muy ajustada;
  - Alimentar o eructar
  - Calmar al bebé, frotando su espalda, mecerlo suavemente, darle un chupón, cantarle o hablarle;
  - Llevarlo de paseo en su cochecito o manejar y poner al bebe en asiento para el auto;
  - O llamar al doctor si se sospecha de alguna enfermedad

- Todos los bebés lloran. Los cuidadores se agobian con su llanto, lo mejor es llamar a un amigo, familiar, o vecino por ayuda, lo que da una pausa a la situación. Y si no puede tener ayuda inmediatamente, el cuidador puede poner al bebé en la cuna (asegurándose que el bebé este a salvo), cerrar la puerta y ver al bebé cada 5 minutos.[46]

Figura 4.23: El cuidado de un profesional médico. (La Imagen por U.S. Air Force es de dominio público)

Traumatismo Craneoencefálico

El Síndrome del bebé Sacudido causa el traumatismo craneoencefálico, este es un abuso físico infantil grave, ya que causa daño en el cerebro del niño. Es muy importante recalcar este punto porque:

- Traumatismo craneal es la principal causa de muertes por abuso en niños menores de 5 años en Estados Unidos.
- El traumatismo craneal abusivo explica el tercio de las muertes infantiles
- El causante que desencadena el traumatismo craneal abusivo es el llanto inconsolable
- Los bebés de menores a un año son los que corren más riesgo en sufrir este trauma.[48]

Dentición

A pesar de que no se ven los dientes en los recién nacidos, los dientes de leche aparecen 6 meses después del nacimiento. Durante los primeros años, los 20 dientes de leche empiezan a brotar de las encías, la mayoría de los niños tendrán todo su conjunto de dientes de leche a los tres años.

Los cuatro dientes frontales del bebé aparecen alrededor de los 6 meses, aunque es probable que algunos no tengan su primer diente hasta los 12 o 14 meses. A medida que los dientes van brotando, los bebés se irritan, pierden el apetito y babean más de lo usual.

El FDA no recomienda el uso de medicamentos para el adormecimiento de las encías, especialmente las que contengan benzocaína, porque pueden causar daños severos en los niños pequeños. Algunas formas seguras de calmar la molestia en las encías, sería darle un mordedor frio, o frotar suavemente sus encías con un dedo limpio.

Regurgitación/Vómitos

La regurgitación es muy común en los bebés, y normalmente no es señal de algún problema más serio. Pero si un bebé no aumenta de peso o muestra señales de dolencia, debe recibir atención médica.

Figura 4.24: Un padre sosteniendo a su bebé con una tela protectora en su hombro por la regurgitación. (Imagen por Colin bajo licencia CC BY 2.0)

Orina

Los bebés a menudo orinan cada 1 a 3 horas y si no es tan frecuente lo hacen cada 4 a 6 horas. Si está enfermo o el clima está muy caliente, producen la mitad de orina de lo normal. Si un bebé muestra dolor al orinar o si se ve sangrado en el pañal, se debe buscar ayuda médica.

Dermatitis del Pañal

El sarpullido en la piel donde se usa el pañal es muy común. Es causada por la irritación de la piel en contacto con las deposiciones y la orina. Puede empeorar durante la diarrea. La dermatitis del pañal se puede prevenir con los cambios frecuentes de pañal.

Ictericia

Esta puede causar que la piel, ojos y boca del bebé se vuelvan de color amarillo. El color amarillo se debe al aumento de bilirrubina. La bilirrubina es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos.

Normalmente el hígado ayuda da descomponer la bilirrubina, pero en muchos bebés, los primeros días de nacimiento, el hígado no trabaja con normalidad. Como resultado el nivel de bilirrubina en la sangre es muy alto, causando que el tono de pie del bebé se torne amarilla – a esto se denomina ictericia.

A pesar de que la ictericia es muy común y usualmente no es una situación seria, en algunos casos, los niveles altos de bilirrubina pueden causar daños cerebrales. Todos los bebés que sufren de ictericia deben recibir asistencia médica profesional. Algunos bebés no necesitan tratamiento. Se regula el funcionamiento de su hígado e inicia eliminando la bilirrubina más o menos unos días después de nacer. Para algunos bebés, los médicos recomiendan la fototerapia – es un tratamiento en que se expone a una luz especial – la cual ayuda a eliminar la bilirrubina del cuerpo.

Figure 4.25: El bebé recibe el tratamiento contra la ictericia. (Imagen por Andrés y Antoinette Ricardo usando bajo su permiso)

Protección de la salud a través de la inmunización

Una forma de proteger la salud del niño (y de quienes lo rodean) es a través de la inmunización. Las vacunas (que se dan mediante inyecciones) pueden doler un poquito, pero las enfermedades de las que nos previenen pueden doler mucho más. Las inyecciones inmunológicas, o vacunas son esenciales. Estos nos protegen de enfermedades como: el sarampión, paperas, rubeola, hepatitis b, poli, difteria, tétanos, tos ferina. La inmunización es importante tanto para adultos como para los niños. Debido a estas son las razones:

El Sistema inmunológico ayuda al cuerpo humano a pelear contra diferentes virus, produciendo sustancias que puedan combatirlas. Una vez que las produce, el sistema inmunológico “recuerda” el virus y puede eliminarla otra vez. Las vacunas contienen virus, que pueden eliminarla. Cuando esta se coloca en una persona sana, la vacuna lleva a que el sistema inmunológico responda y construya inmunidad.

Antes de la vacunación, las personas se vuelven inmunes solo al enfermarse y al haber sobrevivido a la enfermedad. Las inyecciones inmunologías son más fáciles y menos riesgosas de convertirse inmune a ellas.

Las vacunas son la mayor defensa en contra de enfermedades, serias, prevenibles y mortíferas que son contagiosas. Las vacunas son los productos más seguros, pero al igual que otros productos médicos, pueden tener riesgos. Una información precisa acerca del valor de las vacunas y sus efectos secundarios nos ayudaran a estar informados para tomar una decisión sobre una vacuna.

Figura 4.26: Una enfermera vacunando a un bebé. (Imagen por Maria Immaculata Hospital bajo licencia CC BY-SA 4.0)

Posibles efectos secundarios

Como todo producto médico, las vacunas pueden causar efectos secundarios en algunas personas. Muchos de estos efectos secundarios son menores, como enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección. Puedes buscar más información para aprender sobre posibles efectos secundarios hacia las vacunas.

Cualquier vacuna puede causar efectos secundarios. La mayoría son menores (por ejemplo, un brazo adolorido o un poco de fiebre) y se quitan dentro de unos días.[52] Serios efectos secundarios después de la vacuna, como reacción alérgica severa, es muy raro.[53]

Recuerda, las vacunas son monitoreadas continuamente por seguridad, y como cualquier medicina, las vacunas pueden causar efectos secundarios. Sin embargo, la decisión de no inmunizar al niño también envuelve riesgos y puede ponerlo a él y a otros que están en contacto en riesgo de contraer alguna enfermedad mortal.

¿Cuán bien funcionan las vacunas?

Las vacunas funcionan muy bien. Ninguna medicina es perfecta, claro, pero la mayoría de las vacunas en la niñez producen inmunidad alrededor del 90–100% del tiempo.

¿Qué hay de lo que muchos argumentan sobre las vacunas, que estas ya no son efectivas…? ¿Que las enfermedades desaparecerán por sí solas debido a mejor higiene, incluso sin vacunas? Simplemente esto no es cierto. Es verdad que mejor higiene puede ayudar a prevenir el esparcimiento de alguna enfermedad, pero los gérmenes que causan las enfermedades, seguirán alrededor y mientras existan continuarán enfermando a las personas.

Todas las vacunas deben ser aprobadas por la Administración de Alimento y Medicinas (FDA) antes de ser usada en los Estados Unidos, y una vacuna debe estar bajo pruebas extensas para demostrar que si funciona y que es seguro antes que la FDA la apruebe. Entre estos exámenes están pruebas clínicas, que comparan grupos de personas que obtienen la vacuna con grupos de personas que tienen un control. Una vacuna es aprobada solo si la FDA determina que es seguro y efectivo usarla.

Si miras la historia de cualquier enfermedad evitable mediante la vacunación, virtualmente siempre se muestra que el número de casos de enfermedades empieza a bajar cuando una vacuna es aprobada. Las vacunas son la herramienta más efectiva para prevenir enfermedades infecciosas.

Oposición a las vacunas

En 2010, una tos ferina brota en California enfermando a 9,143 personas y resulta en 10 muertes de bebés: el peor brote en 63 años (Centro de Control de Enfermedad 2011b). Investigadores, sospecharon que la principal causa del brote fue la decreciente fortaleza de las vacunas en niños mayores, así que recomendaron una vacuna de refuerzo para 11–12 años de edad y también para mujeres embarazadas (Zacharyczuk 2011). La tos ferina es más seria en bebés: uno de cinco necesita ser hospitalizado, y como son muy jóvenes para la vacuna, es crucial que las personas alrededor de ellos estén inmunizadas (Centros de Control de enfermedades 2011b). Varios estados, incluyendo California, han requerido el refuerzo de la vacuna contra la tos ferina para niños mayores en recientes años con la esperanza de evitar otro brote.

¿Pero qué hay de las personas que no quieren que sus hijos tengan esta vacuna o ninguna otra? Esa pregunta es el centro del debate que ha estado latente por años. Las vacunas son preparaciones biológicas que facilitan la inmunidad contra ciertas enfermedades. Las vacunas han contribuido a la erradicación y debilitamiento de numerosas enfermedades infecciosas, incluyendo viruela, polio, paperas, varicela y meningitis.

Figura 4.27: Estos dos niños contrajeron Polio. (La Imagen por el CDC es de dominio publico)

Sin embargo, muchas personas expresan preocupación sobre los efectos negativos de las vacunas. Estas surgen desde miedos acerca de la sobrecarga del sistema inmunológico del niño hasta reportes sobre los devastadores efectos secundarios de las vacunas.[55]

Aunque el niño continúe teniendo varias vacunas hasta su segundo año, estas vacunas no sobrecargan su sistema inmunológico. Cada día, el sistema inmunológico saludable de un bebé pelea exitosamente contra miles de antígenos, las partes de los gérmenes que causan que el sistema inmunológico responda. Incluso si tu hijo recibe varias vacunas en un día, estas contienen solo una pequeña cantidad de antígenos comparado con los que él bebé encuentra cada día.

Este es el caso incluso si tu hijo recibe vacunas combinadas. Estas consisten en combinar dos o más vacunas que puedan ser otorgadas individualmente y ponerlas en una inyección. Los niños reciben la misma protección que tienen de vacunas individuales otorgadas por separado, pero con menos inyecciones.[56]

Un malentendido es que la vacuna en sí puede causar la enfermedad de la que se supone debe inmunizar.[57] Las vacunas ayudan a desarrollar inmunidad al imitar una infección, pero esta "imitación" de la infección no causa la enfermedad. En cambio, causa que el sistema inmunológico desarrolle la misma respuesta en el futuro como si fuera una infección real así el cuerpo reconoce y pelea la enfermedad gracias a la vacunación. A veces después de una vacuna, la imitación de la infección puede causar pequeños síntomas, como fiebre. Tales síntomas son normales y debe esperarse que el cuerpo construya inmunidad.[58]

Otra preocupación común es que las vacunas, específicamente la MMR (MMR por sarampión, paperas, y rubeola), están entrelazados con el autismo. La conexión con el autismo ha sido controversial. En 1998, un británico físico llamado Andrew Wakefield publicó un estudio en la revista Lancet de Gran Bretaña que unió la vacuna del MMR con el autismo. El reporte recibió mucha atención de los medios, resultando en que la taza de inmunización británica cayó del 91 por ciento en 1997 hasta el 80 por ciento para el 2003, acompañado por el aumento en los casos de sarampión (Devlin 2008). Una investigación prolongada por el periódico médico británico probó que no solo este estudio era inexistente, sino también que el Dr. Wakefield había falsificado información para apoyar sus quejas (CNN 2011). Dr. Wakefield fue desacreditado y se le quitó la licencia, pero la duda quedó permanente en la mente de muchos padres.

En los Estados Unidos, muchos padres aún creen en el desacreditado MMR-autismo enlace y se rehúsan a vacunar a sus hijos. Otros padres escogen no vacunarlos por varias razones como por ejemplo creencias religiosas o de salud. En un caso, un joven a quien sus padres escogen no vacunarlo retorna a casa a los Estados Unidos después de un viaje al extranjero; nadie sabía entonces que ya estaba infectado con sarampión.

El joven expuso a 839 personas a la enfermedad y causo 11 casos más de sarampión todos en otros niños no vacunados, incluyendo uno que tuvo que ser hospitalizado.

Figura 4.28: Un bebé con sarampión. (La Imagen por CDC Global bajo licencia CC BY 2.0)

De acuerdo a un estudio publicado en Pediatría (2010), el brote costó al sector público $10,376 por diagnosticar el caso. El estudio mostró que la no vacunación de los infectados ocurrió en estudiantes de colegios privados, escuelas subvencionadas y colegios públicos en áreas de nivel socioeconómico alto (Sugerman et al. 2010).[60]

El programa de inmunización

La vacuna a tiempo durante la niñez es esencial porque provee inmunidad antes que se expongan a enfermedades peligrosas. Las vacunas están probadas para asegurar que son seguras y efectivas para que los niños las reciban a las edades recomendadas.[61] Los niños vacunados en Estados Unidos están protegidos contra dieciséis potenciales enfermedades dañinas. Vacunas preventivas pueden ser muy serias, quizás requieran hospitalización o incluso morir, especialmente en bebés y niños pequeños.[62]

Aquí está el programa del CDC para asegurarse que un niño está vacunado:

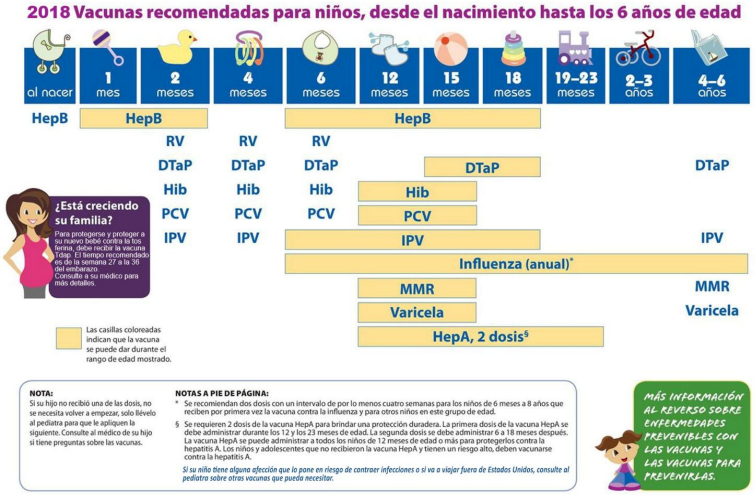


Figura 4.29: Horario de inmunización. (La Imagen por el CDC es de dominio publico)

Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas y las vacunas que las previenen

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad transmitida por	Signos y síntomas de la enfermedad	Complicaciones de la enfermedad
Varicela	Vacuna contra la **varicela**	Aire, contacto directo	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones)
Difteria	La vacuna **DTaP*** protege contra la difteria	Aire, contacto directo	Dolor de garganta, fiebre moderada, debilidad, inflamación de los ganglios del cuello	Inflamación del músculo cardiaco, insuficiencia cardiaca, coma, parálisis, muerte
Hib	La vacuna contra la **Hib** protege contra la *Haemophilus influenzae* serotipo b	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas a menos que la bacteria entre en la sangre	Meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), discapacidad intelectual, epiglotis (infección que puede ser mortal en la que se bloquea la tráquea y origina graves problemas respiratorios) y neumonía (infección en los pulmones), muerte
Hepatitis A	La vacuna **HepA** protege contra la hepatitis A	Contacto directo, comida o agua contaminada	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, cansancio, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), orina oscura	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones) y trastornos de los riñones, del páncreas y de la sangre
Hepatitis B	La vacuna **HepB** protege contra la hepatitis B	Contacto con sangre o líquidos corporales	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos) dolor en las articulaciones	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado
Influenza (gripe)	La vacuna **influenza** protege contra la influenza o gripe	Aire, contacto directo	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, cansancio extremo	Neumonía (infección en los pulmones)
Sarampión	La vacuna **MMR**** protege contra el sarampión	Aire, contacto directo	Sarpullido, fiebre, tos, moqueo, conjuntivitis	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Paperas	La vacuna **MMR**** protege contra las paperas	Aire, contacto directo	Inflamación de glándulas salivales (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular	Meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera
Tosferina	La vacuna **DTaP*** protege contra la tosferina (*pertussis*)	Aire, contacto directo	Tos intensa, moqueo, apnea (interrupción de la respiración en los bebés)	Neumonía (infección en los pulmones), muerte
Poliomielitis	La vacuna **IPV** protege contra la poliomielitis	Aire, contacto directo, por la boca	Puede no causar síntomas. Dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza	Parálisis, muerte
Enfermedad neumocócica	La vacuna **PCV13** protege contra la infección neumocócica	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas. Neumonía (infección en los pulmones)	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), muerte
Rotavirus	La vacuna **RV** protege contra el rotavirus	Por la boca	Diarrea, fiebre, vómitos	Diarrea intensa, deshidratación
Rubéola	La vacuna **MMR**** protege contra la rubéola	Aire, contacto directo	A veces sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos	Muy grave en las mujeres embarazadas: Puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento
Tétanos	La vacuna **DTaP*** protege contra el tétanos	Exposición a través de cortaduras en la piel	Rigidez del cuello y los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre	Fractura de huesos, dificultad para respirar, muerte

* La vacuna DTaP combina la protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.
** La vacuna MMR combina la protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Última actualización: 01/2019 • CS200220-A
NES-289683

Figura 4.30: Vacunas para prevenir enfermedades. (La Imagen por el CDC es de dominio público)

Seguridad

Hay diferentes riesgos que los bebés corren. De acuerdo con el CDC, la tasa de lesiones no mortales varía por la edad del grupo.

- El porcentaje de sofocaciones no mortales fueron más altas para los menores de un año de edad.
- Porcentaje de quemaduras e incendios, fueron más altas para los niños de 4 años y menores.
- Niños de 1 a 4 años de edad tuvieron los más altos porcentajes de caídas y envenenamiento no mortales.

Y las razones principales de heridas de muerte también difieren por edad de grupo

- Niños menores de 1 año, dos tercios de heridas de muerte fueron debido a sofocación.
- Ahogamiento fue la causa principal de heridas de muerte de 1 a 4 años de edad.[65]

Seguridad en el asiento del auto

Lesiones en el vehículo son la principal causa de muerte entre niños de Estados Unidos. Pero muchas de esas muertes pueden prevenirse.

- En los Estados Unidos, 723 niños de la edad de 12 años y menores murieron como pasajeros de un vehículo que chocó en el 2016, y más de 128,000 heridos en 2016.
- Un estudio de CDC encontró que, en un año, más de 618,000 niños de edades de 0-12 paseaban en vehículos sin el uso de un asiento de seguridad o cinturón de seguridad al menos alguna vez.

- De los niños de edades 12 y menores que murieron en un choque en 2016 (del cual no se conoce ningún tipo de control), 35% no se aseguraron el cinturón.[66]

Si los niños de la edad y el tamaño apropiado tienen asientos para auto, asientos elevadores y cinturones de seguridad se reducirá el riesgo de accidentes serios.

- Usar asientos para auto reduce el riesgo de lesionarse en un choque al 71-82%
- El uso de asientos elevadores reduce el riesgo de serios accidentes al 45% para niños de la edad de 4–8 anos.
- Para niños mayores y adultos, el uso del cinturón de seguridad reduce el riesgo de muerte y serias lesiones aproximadamente a la mitad.[67]

Figura 4.31: Los diferentes tipos de asiento de auto de acuerdo a la edad. (Imagen por el CDC es de dominio publico)

Contribuyentes y atribuciones

45. Coping with Crying 3 PSA por el CDC es de dominio publico

46. Shaken Baby Syndrome por the CDC de dominio publico

48. Preventing Abusive Head Trauma in Children por el CDC dominio público

52. Disease Prevention and Healthy Lifestyles referencias Contemporary Health Issues por Judy Baker, Ph.D., bajo licencia CC BY-SA 4.0

53. Making the Vaccine Decision por el CDC es de dominio publico

55. Disease Prevention and Healthy Lifestyles referencias Contemporary Health Issues por Judy Baker, Ph.D., bajo licencia CC BY-SA 4.0

56. Making the Vaccine Decision por el CDC es de dominio publico

57. Disease Prevention and Healthy Lifestyles referencias Contemporary Health Issues por Judy Baker, Ph.D., bajo licencia CC BY-SA 4.0

58. Making the Vaccine Decision por el CDC es de dominio público

60. Disease Prevention and Healthy Lifestyles referencias Contemporary Health Issues por Judy Baker, Ph.D., bajo licencia CC BY-SA 4.0

61. For Parents: Vaccines for Your Children por el CDC es del dominio público

62. Vaccines for Your Children: Protect Your Child at Every Age para la CDC es de dominio público

65. Protect the Ones You Love: Child Injuries are Preventable por el CDC es de dominio público

66. Child Passenger Safety: Get the Facts por el CDC es de dominio público

67. Child Passenger Safety: Get the Facts por el CDC es de dominio público

This page titled 4.8: Salud is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.9: Sueño

El recién nacido normalmente duerme aproximadamente 16.5 horas en un periodo de 24 horas. Generalmente es un sueño polifásico, debido a que el bebé acumula las 16.5 horas en diferentes periodos de sueño en un día (Salkind, 2005). El bebé de promedio duerme 15 horas en un periodo de 24 horas por un mes y 14 horas por 6 meses. Para el tiempo en el que el niño cumple dos años, el promedio se acerca a 10 horas por 24 horas. Además, el promedio del recién nacido se mantiene cerca al 50 % del tiempo de sueño en fase de Movimiento Ocular Rápido (MOR), el cual disminuye al 25 % o 30% en la infancia.[69]

Síndrome de muerte súbita del lactante y Descanso seguro

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define a la muerte repentina e inesperada de un bebé saludable. La investigación médica y forense (incluyendo una autopsia) no son concluyentes. SMSL es la principal causa de muertes en bebés de entre 1 y 12 meses de edad. Aproximadamente 1,500 bebés murieron de SMSL en 2013 (CDC, 2015). SMSL es diagnosticado cuando no se puede determinar otra causa de la muerte y se lleva a cabo una investigación. Una de las principales hipótesis sugiere que los bebés que mueren por SMSL es por mal formaciones en el troco encefálico, el cual se encarga de la regulación de la respiración (Weekes-Shackelford & Shackelford, 2005).[70]

Figura 4.32: bebé en Descanso seguro (La Imagen por U.S. Department of Health and Human Services es de dominio público)

Factores de riesgo

los bebés están en más riesgos de SMSL si:

- Duermen boca abajo
- Duerme sobre una superficie blanda, como un colchón blando.
- Duerme sobre o bajo una manta holgada que puede cubrir las vías respiratorias
- Calor excesivo al dormir
- Están expuestos a fumadores mientas están en el vientre o en el entorno, como la casa, el auto, la habitación y otras áreas
- Si duerme en la misma cama de los padres, otros niños o mascotas esta situación es peligrosa si:
  - El adulto fuma o si recientemente consumió bebidas alcohólicas o está cansado.
  - Si el bebé está cubierto por una manta o una colcha.
  - Si el bebé duerme en un lugar donde comparte con más personas.
  - El bebé es menor de 11 o 14 meses de edad

Reducción de riesgo

En este tiempo ha existido una gran mejora en la reducción de las muertes de bebés mientras duermen desde los 90's. Se dieron recomendaciones de que el bebé debe dormir boca arriba. Pero, a finales de los 90, los índices se mantuvieron.

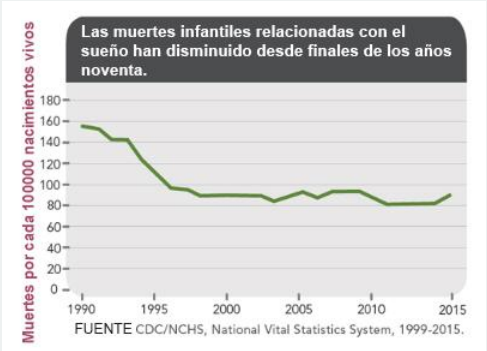


Figura 4.33: Un gráfico que muestra la disminución de muertes por síndrome de muerte súbita. (La Imagen por el CDC es de dominio público)

El 2012 hubo una campaña, en la que se promovía que el bebé duerma boca arriba y se convirtió en una campaña para el descanso seguro. Esto implica educar a los cuidadores acerca de SMSL buscar diferentes formas de descanso seguro. Estas son algunas recomendaciones vigentes para reducir el riesgo de SMSL y otros que causan la muerte infantil al dormir:

- Poner al bebé de espalda (para siestas y para dormir en la noche)
- Usar una superficial dura y plana
- Usar sábanas muy ajustadas, ninguna manta suave en el área de dormir
- Amamantarlo
- Pueden compartir la habitación con el bebé, pero debe tener un colchón diseñado para ellos (no la cama de los padres).
- No poner objetos suaves, como juguetes, protector de cuna o sábanas muy holgadas cerca del área de descanso.
- No fumar durante el embarazo o que fumen cerca del bebé.
- Considerar dar un chupón al bebé.
- No dejar que el bebé tenga calor excesivo al dormir.
- Examinar regularmente su estado de salud (esto incluye las vacunas).
- Evitar productos que van en contra de un descanso seguro, especialmente aquellos que afirman reducir los riesgos de SMSL.
- No usar monitor de respiración o monitor cardiaco para reducir los riesgos de SMSL [73]

Contribuyentes y atribuciones

69. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

70. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

73. Ways to Reduce the Risk of SIDS and Other Sleep-Related Causes of Infant Death por el CDC es de dominio público

This page titled 4.9: Sueño is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

4.S: Conclusión

En este capítulo vimos:

- Cambios físicos durante los dos primeros años
- Algunos reflejos comunes en los bebés
- Como se desarrolla las destrezas motrices gruesas y finas
- Capacidades sensoriales durante los dos primeros años
- Salud y cuidado de bebés y niños pequeños
- El sueño durante los dos primeros años y las formas de reducir los riesgos de SMSL

En el siguiente capítulo analizaremos detenidamente a teorías que nos ayudan a entender el desarrollo cognitivo y el de lenguaje durante la infancia y niñez.

This page titled 4.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

5: Desarrollo cognitivo en los primeros años de vida

Objetivos

Al terminar este capítulo podrás:

1. Describir las sub-etapas de la etapa sensorio-motriz de Piaget.
2. Explicar cómo el entorno social afecta el desarrollo cognitivo según la teoría de Vygotsky.
3. Señalar el desarrollo del lenguaje durante los primeros dos años.
4. Comparar la teoría de desarrollo del lenguaje.
5. Definir el condicionamiento clásico y el operante.
6. Resumir los diferentes tipos de memoria.

Con el afán de entender mejor el amplio espectro cognitivo que pasan los bebés y los niños pequeños, analizaremos y comprenderemos diferentes teorías que están relacionadas con el desarrollo de los niños. En este capítulo nos centraremos en las siguientes teorías: Piaget, Vygotsky, Chomsky, Skinner, Pavlov, Watson, Bandura y Bronfenbrenner.

5.1: Piaget
5.2: Vygotsky
5.3: Marcadores cognitivos
5.4: Desarrollo lingüístico
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
5.6: La memoria y la atención
5.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/music-kid...ophone-818459/

This page titled 5: Desarrollo cognitivo en los primeros años de vida is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.1: Piaget

La teoría de Jean Piaget es la más notable cuando se trata del desarrollo cognitivo. Según él, el desarrollo cognitivo de los niños viene por etapas, de manera que el crecimiento de los mismos viene de la siguiente manera:

1. Etapa sensorio-motriz (desde el nacimiento hasta los 2 años)
2. Etapa preparatoria (2-7 años)
3. Etapa de preparación concreta (7-11 años)
4. Etapa de formación formal (desde los 12 años hasta la edad adulta)

En este capítulo cognitivo, nos centraremos en la primera etapa, la que concierne a la infancia.[1]

Piaget y la inteligencia sensorio-motriz

Según Piaget la inteligencia en la infancia está muy relacionada con la capacidad sensorio-motriz o basada en el contacto físico de manera directa. Los bebés prueban, sienten, golpean, empujan, escuchan y se mueven para experimentar el mundo. Pensemos en las formas en que los infantes responden reflexivamente al mundo exterior. Como recién nacidos, resuelven los problemas usando las estrategias mentales, hasta los dos años.

Tabla 5.1 – Sub-etapas de la etapa sensorio-motriz de Piaget [2]

Sub-etapa	Edad	Descripción
Sub-etapa Uno: Reflejos Simples	Desde el nacimiento a 1er mes	El bebé empieza a aprender activamente con los movimientos y reflejos. Si una pelota entra en contacto con su mejilla, el bebé la lame automáticamente.
Sub-etapa Dos: Reacciones Repetitivas Primarias	De 1 a 4 meses	El bebé empieza a distinguir entre los objetos y en consecuencia ajusta los movimientos de manera voluntaria. Por otro lado, puede encontrar accidentalmente cierto comportamiento u objeto que le parece interesante y empieza a vocalizar. Ese interés le motiva a tratar de hacer lo mismo. Y esto le ayuda a aprender cierto comportamiento. Al principio, la mayoría de los movimientos o contactos con los objetos ocurren mediante el cuerpo, pero, en los próximos meses, el bebé se dirigirá hacia los objetos.
Sub-etapa Tres: Reacciones Repetitivas Secundarios	De 4 a 8 meses	El bebé empieza a interactuar más y más con el mundo exterior, y disfruta de las cosas que él causa. Los movimientos repetidos le atraen de manera especial, por ejemplo: sentado en el piso de la cocina puede golpear repetidamente las puertas del armario.
Sub-etapa Cuatro: Coordinación de Movimientos Repetitivos	De 8 a 12 meses	El bebé puede interactuar con otras personas, incluso puede anticiparse a ciertos hechos. Debido a que su corteza frontal está madurando, el bebé cada vez es más capaz de pensar y realizar cosas con planificación y objetivo. Por ejemplo, buscar su juguete que se haya caído debajo del sofá. Aunque el juguete esté fuera de la vista, en su mente sigue existiendo el objetivo de hallarlo y es capaz de encontrarlo.

Sub-etapa Cinco: Reacciones Repetitivas Terciarias	De 12 a 18 meses	El bebé se vuelve más activo y quiere experimentar el mundo exterior. Aprende sobre la fuerza de la gravedad derramando el agua de un tazón o haciendo caer los tazones de su silla. La niñera le ayuda levantando las cosas que hizo caer. Pero, ¿qué sucede? ¡El niño hace otro experimento! ¡Nuevamente empuja y hace caer el tazón, y la niñera levanta y lo pone nuevamente en la bandeja!
Sub-etapa Seis: Aprendiendo a Usar Esquemas y Recuerdos	De 18 meses a 2 años	Ahora, el niño puede resolver problemas usando estrategias, puede recordar lo que escuchó algunos días atrás, y jugar a que está solucionando los problemas y encontrar objetos que se hayan movido, aunque estén fuera de la vista. Por ejemplo, el niño que supuestamente está durmiendo en una habitación cerrada, puede usar estrategias aprendidas por experiencia, como: ¡llamar a la puerta!, después de varios intentos de no poder abrirla, debido a que tiene un sistema de seguridad. Por lo tanto, el niño está mejor equipado con estrategias mentales para resolver problemas.

Figura 5.1: Un bebé sentado en una silla para bebés. (Imágen por holycalamity, bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Evaluando la etapa sensorio-motriz de Piaget

Pensando que su tarea principal es compartir sus impresiones sensoriales con relación a su actividad, Piaget abrió una nueva forma de ver a los bebés, aunque el mundo cognitivo del bebé aún no está bien preparado. Y algunas de sus explicaciones están sobre la mesa de discusión. En las últimas décadas, se han seguido haciendo estudios más avanzados sobre los bebés, y se han realizado una gran cantidad de estudios de investigación sobre el desarrollo infantil. Es así que la gran parte de las nuevas investigaciones sugieren que la visión de Piaget sobre el desarrollo sensorio-motriz debe modificarse (Baillargeon, 2014; Brooks y Meltzoff, 2014; Johnson y Hannon, 2015).

La permanencia del objeto

Algo que es necesario destacar es que los niños han desarrollado cierto conocimiento sobre la permanencia de los objetos. Parece que los bebés, a una edad temprana, (incluso a los 3 meses y medio) reconocen que los objetos permanecen, no como dijo Piaget.

El error A, no B

Los hechos no siempre respaldan la afirmación de Piaget, de que ciertos procesos son importantes en las transiciones de una etapa a otra. Por ejemplo, en la teoría de Piaget, es importante la transición a la sub-etapa cuatro, Reacciones Repetitivos Secundarios. Según él, un bebé solo busca ciertos objetos en una ubicación ya conocida, el bebé no busca una nueva ubicación. Por lo tanto, si un juguete es escondido dos veces, la primera vez en la ubicación A y luego en la B, el bebé de 8 a 12 meses primero busca correctamente en la ubicación A, pero si no lo encuentra, lo buscará en la opción B. Entonces el bebé comete el error de continuar buscándolo en la ubicación A. Este error común se denomina “error A, no B”. Y los bebés un poco más desarrollados tienen menos probabilidades de cometer ese error, porque su concepto de que un objeto permanece es más completo.

Sin embargo, los investigadores han descubierto que el error A, no B es inconsecuente (Sophian, 1985). Las evidencias indican que los “errores A, no B” están relacionadas al retraso entre ocultar el objeto en la ubicación B y el intento del bebé de encontrarlo (Diamond, 1985). Por lo tanto, el “error A, no B” podría deberse al olvido. Otra explicación es que los bebés tienden a repetir un comportamiento previo (Clearfield y otros, 2006; Smith, 1999).

Referencias y atribuciones

1. Children’s Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0O’clock O’clock O’clock
2. Children’s Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 5.1: Piaget is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.2: Vygotsky

El desarrollo del niño está determinado por la cultura

Si bien, Piaget marcó el inicio de gran parte de la investigación actual, su teoría también ha sido criticada. Muchos creen que Piaget ignoró la enorme influencia que la sociedad y la cultura tienen en el desarrollo de un niño. Al mismo tiempo, otro investigador llamado Lev Vygotsky (1896–1934) llegó a conclusiones similares que Piaget sobre el desarrollo de los niños. Se llegó a esta conclusión pensando que los niños aprenden sobre el mundo a través de la interacción física. Sin embargo, donde Piaget sintió que los niños se movían naturalmente a través de diferentes etapas de desarrollo, basadas en predisposiciones biológicas y sus propias relaciones con el mundo, Vygotsky afirmó que la ayuda de los adultos o compañeros son más importantes.

Vygotsky se concentró más en el entorno social y cultural del niño y la manera cómo interactúa con los adultos o sus compañeros. Este, argumentó que el desarrollo del niño es a consecuencia de interacción social inmediata. Y luego viene el siguiente paso, la de guardar lo aprendido. Mientras que Piaget veía al niño descubriendo activamente el mundo a través de sus acciones, Vygotsky lo veía como un alumno, aprendiendo a través del entorno social de otros que tienen más experiencia y que tienen interés en las necesidades y habilidades del niño.[4]

Figura 5.2: Un adulto jugando Legos con un niño. (Imágen por Tabeajaichhalt en Pixabay)

Referencias y atribuciones

4. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 5.2: Vygotsky is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.3: Marcadores cognitivos

Los niños aprenden activamente acerca del mundo, incluso antes de nacer. A continuación una lista de marcadores cognitivos que los bebés y los niños suelen desarrollar.

Tabla 5.2 – Marcadores cognitivos (Developmental Milestones por el CDC está en el dominio público)

Edad	La mayoría de los niños lo hacen
2 meses	• Miran las caras • Empiezan a seguir las cosas con la mirada y reconocen a la gente desde lejos • Empiezan a mostrar aburrimiento si las cosas no cambian (lloran, exigen)
4 meses	• Te deja saber si está triste o feliz • Responde a las muestras de cariño • Busca los juguetes con una mano • Usa las manos y los ojos al mismo tiempo para alzar un juguete • Sigue con los ojos los objetos que se mueven de un lado a otro • Mira las caras de cerca • Reconoce a la gente familiar y cosas desde una distancia
6 meses	• Mira las cosas alrededor • Lleva las cosas a su boca • Se muestra curioso sobre algunas cosas y trata de alcanzarlas • Empieza a pasar las cosas de una mano a la otra
9 meses	• Mira algunas cosas mientras caen • Busca las cosas que ocultaste • Juega tapándose la cara • Pone las cosas en su boca • Pasa las cosas de una mano a la otra sin problema • Agarra las cosas, como cereales entre su dedo índice y pulgar
1 año	• Explora las cosas haciéndolas caer, golpeando o sacudiéndolas • Encuentra con facilidad las cosas ocultas • Cuando se nombran las cosas o las fotos, las mira directamente • Copia los gestos • Empieza a usar las cosas correctamente, como tomar el agua de un vaso, y peinarse el cabello • Golpea dos cosas juntas • Pone las cosas en caja y saca las cosas de la caja • Deja que las cosas vayan solas • Apunta con el dedo índice • Sigue las ordenes, como: “recoge los juguetes”
18 meses	• Sabe para que se usan las cosas; por ejemplo, el cepillo, el teléfono, la cuchara • Señala para llamar la atención de otros • Muestra interés en una muñeca o peluche simulando alimentarlo • Señala una parte del cuerpo • Empieza a hacer garabatos • Puede seguir órdenes de una, sin ningún gesto; por ejemplo, se sienta cuando dices "siéntate"
2 años	• Encuentra las cosas, aunque están ocultas bajo dos o tres cubiertas • Comienza a ordenar las cosas por colores o formas • Completa oraciones o ritmos en un libro familiar • Juega con juegos simples o de fantasía • Construye torres de cuatro o más bloques • Puede usar una mano más que la otra • Puede seguir dos órdenes al mismo tiempo; por ejemplo, “Recoge tus medias y ponlas en el closet.” • Pone los nombres en un libro de imágenes; como gato, ave, o perro

This page titled 5.3: Marcadores cognitivos is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.4: Desarrollo lingüístico

¿Se pueden comunicar los recién nacidos? ¡Claro que sí! Aunque no se comunican con el lenguaje hablado, lo hacen a través del lenguaje corporal, dejan saber sus pensamientos o necesidades con ciertas posturas; por ejemplo, como estar relajado o quieto. Usan gestos, gritos, o expresiones faciales. Una persona que pasa tiempo educando a un bebé, puede entender qué gritos indican dolor, hambre, incomodidad o frustración, así como interpretar sus vocalizaciones, movimientos, gestos y expresiones faciales.

Figura 5.3: Un bebé mirando la cámara. (Las imágenes de Andres y Antoinette Ricardo, uso bajo autorización)

Etapa del desarrollo de lenguaje

1. Vocalizaciones intensas: a través de sonidos e interacciones, los bebés empiezan a vocalizar y repetir algunas palabras dentro de los primeros dos meses de vida. Los sonidos que emite, o la vocalización musical, llamado arrullo, puede servir al bebé como entretenimiento mientras está acostado en la cama o en el porta-bebé dentro del automóvil. Los sonidos que emite pueden servir como práctica de vocalización para él mismo, ya que al escuchar su propia voz intenta repetir y le parece entretenido. Los bebés también comienzan a aprender los ritmos y las pausas de la conversación. Puede seguir o turnar en una conversación con otra persona. En un principio, los sonidos que emite pueden hacer que los vocales solo suenen como "oooo". Y más tarde, se agregan consonantes, y suenan como "nanananananana".
2. Los balbuceos y gestos: a los cuatro o seis meses, los bebés comienzan a hacer vocalizaciones más complejas, que incluyen sonidos que se usan en cualquier idioma. Los sonidos y las vocalizaciones están listas, y el niño puede repetir cualquier sonido del idioma que escucha. Después, estos desaparecen a medida que el bebé se acostumbra a un idioma en particular. Los bebés sordos también usan gestos para comunicar los deseos, reacciones y sentimientos. Debido a que los gestos parecen ser más fáciles que la vocalización, a veces es necesario enseñar lenguaje de señas a un bebé, para que mejore su capacidad de comunicarse con los gestos. Cuando un bebé sordo no hace distinciones entre los balbuceos, se usan los ritmos y las formas de un idioma.
3. Comprensión: alrededor de los diez meses, el bebé puede entender más de lo que puede decir. Es posible que hayas experimentado este fenómeno si alguna vez intentaste aprender un segundo idioma. Quizás hayas podido seguir una conversación más fácilmente que hablar el idioma.
4. Habla holofrástica: los niños comienzan a usar sus primeras palabras aproximadamente a los 12 o 13 meses. Y pueden usar palabras partidas para transmitir sus pensamientos, aún a una edad más temprana. Las expresiones de una sola palabra se denominan discurso holofrástico. Por ejemplo, el niño puede decir "ju" para decir "jugo" y usar este sonido cuando se refiere a una botella. El oyente debe interpretar el significado de la holofrase. Para alguien que pasa tiempo con los niños, no es difícil entender. ¡Saben que "ju" significa "jugo", lo que quiere decir, es que el bebé quiere leche! Pero, alguien que no haya estado cerca del niño tendrá problemas para saber lo que significa. Imagine a un padre cuyo amigo le dice: "¡Ezra habla todo el tiempo!" El amigo solo escucha "ju da ga" que, según el padre, significa "Quiero un poco de leche cuando vayas con papá".

Figura 5.4: Dos niños jugando con juguetes. (Imágen por el U.S. Air Force está en el dominio público)

1. Sube tensión: un niño al aprender una palabra que representa un objeto, puede pensar que dicha palabra solo se puede usar para ese objeto. Por ejemplo: Solo el Irish Setter de la familia es un "perrito". Esto se conoce como sub-extensión. Sin embargo, poco a poco, el niño irá relacionando que un nombre se puede usar para objetos similares. Por ejemplo, según la sobre-extensión, para el niño todos los animales se convierten en "perritos".
2. Las primeras palabras y la influencia cultural: si tiene el inglés como su primer idioma, normalmente el niño usará sustantivos, y empezará a poner nombres, como taza o pelota. Sin embargo, en un idioma amigable, como el chino, los niños aprenderán más verbos. Esto sucede generalmente cuando la cultura da mayor énfasis a objetos. A los niños chinos se les puede enseñar con mayor facilidad la relación entre los objetos y la acción que llevan. En cambio, a los niños americanos se les puede enseñar nombrar objetos y sus cualidades (color, textura, tamaño, etc.). Estas diferencias se hacen evidentes cuando comparamos la interpretación de arte de los estudiantes de China y de Estados Unidos.
3. Aumento del vocabulario: los niños de un año generalmente tienen un vocabulario de aproximadamente 50 palabras. Pero cuando se convierten en un poco más grandes, el niño tiene un vocabulario de aproximadamente 200 palabras. Y comienza a juntar las palabras en un lenguaje que llamamos telegráfica, (lo que sería como un mensaje de texto. En los mensajes de texto solo se incluye la cantidad mínima de palabras para transmitir el mensaje).

Oraciones con dos palabras y **habla telegráfica**: los niños de 18 meses pronto pueden combinar palabras y usar expresiones como: “chau chau bebé” o "bonito perrito". Solo utilizan palabras necesarias para transmitir mensajes. Aún no usan los artículos para hablar correctamente. Y sus expresiones se parecen a la telegrafía (o lo que hoy podemos decir, se asemejan a mensajes de texto) donde no se usan palabras innecesarias. "Da pelota bebé" se usa en lugar de "Dale la pelota al bebé". O en un mensaje de texto se usa "¡Envía dinero ahora!" en lugar de "Querida Madre. Realmente necesito algo de dinero para cubrir mis gastos".[9]

Figura 5.5: Un niño juega con el teléfono. (Imágen por Salim Virji está bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Marcadores en el idioma

En los primeros dos años de vida, los niños pasan a comunicarse con el lenguaje hablado en lugar de solo llorar. Eh aquí, una lista de las cosas que dicen los niños pequeños.

Tabla 5.3 – Marcadores en el idioma (Developmental Milestones por el CDC está en el dominio público)

Edad	La mayoría de los niños lo hacen a esa edad
2 meses	• Gorgoteos, hace sonidos de gorgoteo • Voltea la cabeza hacia el sonido
4 meses	• Empieza a balbucear • Balbucea con expresiones e imita los sonidos que escucha • Llora diferente para mostrar hambre, dolor, o cansancio

6 meses	• Responde a los sonidos mediante sonidos • Usa las vocales cuando balbucea (“ah”, “eh”, “oh”) y le gusta intercambiar los sonidos con sus progenitores • Responde cuando escucha su nombre • Emite sonidos para mostrar felicidad o incomodidad • Empieza a emitir sonido de consonantes (como “m,” “b”)
9 meses	• Entiende el “no” • Hace diferentes sonidos como: “mamamama” y “papapapapa” • Imita los sonidos y las muecas de otras personas • Usa sus dedos para señalar algo
1 año	• Responde cuando se le habla • Usa gestos simples, como menear la cabeza para decir “no” o decir “Adiós” • Cambia el tono o la velocidad en los sonidos • ¡Dice “mama” o “papa” y exclama como “uh-oh!” • Intenta repetir lo que tú dices
18 meses	• Dice varias palabras sueltas • Ahora habla y mueve la cabeza • Señala las cosas que quiere mostrarte
2 años	• Señala las cosas o fotografías mientras repite sus nombres • Conoce los nombres de los familiares y las partes del cuerpo • Dice oraciones con 2 o 4 palabras • Cumple con las instrucciones sencillas • Repite las palabras mientras escucha una conversación • Señala las cosas en un libro

El niño dirige la conversación

¿Por qué un caballo es "caballo"? ¿Alguna vez te has preguntado por qué los adultos tienden a usar "baby talk", es decir hablar o exagerar como lo hacen los niños? Esto sucede casi en todas las partes del mundo y se conoce como **el niño dirige la conversación** (históricamente conocido como lenguaje materno). Implica exagerar sonidos de las vocales y las consonantes, usar una voz aguda y expresar la frase con una gran expresión facial. ¿Por qué se hace esto? Puede ser para articular claramente los sonidos de una palabra para que el niño pueda escuchar los sonidos involucrados. O puede ser porque cuando se usa este tipo de habla, el bebé presta más atención al hablante y esto establece un patrón de interacción en el que el hablante y el oyente están sintonizados. [12]

Teorías Sobre el Desarrollo del Lenguaje

Las siguientes dos teorías sobre el desarrollo del lenguaje representan dos extremos en la manera cómo ocurren las conversaciones (Berk, 2007).

Chomsky y el dispositivo de la adquisición del lenguaje

El punto de vista que se conoce como **nativismo** que es fomentada por Noam Chomsky, indica que los bebés están equipados con un sistema neurológico llamado: **Dispositivo de la Adquisición del Lenguaje** (LAD, su sigla en inglés) que los prepara para aprender el lenguaje. Dicho lenguaje se aprende y se desarrolla mientras el bebé está en contacto con este. No se requiere enseñar o capacitar al niño, tampoco requiere el reforzamiento para aprender el idioma.

Pragmáticas sociales

Otra opinión señala que la participación activa del niño en el aprendizaje del idioma es por la necesidad de comunicarse. El niño busca información, memoriza términos, imita la forma de hablar de los demás y aprende a usar conceptos a partir del lenguaje aprendido. Muchos diríamos que estas tres formas incentivan la adquisición del lenguaje (Berger, 2004).[13]

Contribuyentes y atribuciones

9. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

12. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

13. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 5.4: Desarrollo lingüístico is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria

Pavlov

Ivan Pavlov (1880-1937) era un fisiólogo ruso que estuvo interesado en el estudio de la digestión. Mientras él registraba la cantidad de saliva que producían sus perros de laboratorio mientras comían, notó que, en realidad, los perros empezaban a salivar antes que llegara la comida, mientras él caminaba por los pasillos hacia la jaula de los perros. Los animales habían aprendido a asociar los pasos con la comida. Entonces la palabra clave es: "aprendido". Y la respuesta se llama: respuesta “condicionada".

Con este reflejo "psíquico", Pavlov comenzó a hacer experimentos. Por ejemplo, antes de dar la comida a los perros, empezó a tocar una campana. Después de repetir varias veces, notó que los perros empezaban a salivar al sonido de la campana. Una vez que la campana se había convertido en el evento para que los perros empezarán a salivar, se le llamó estímulo condicionado. Este acto de salivar a la campana, también era algo que se había aprendido, ahora denominada según Pavlov, una respuesta condicionada.

Tengamos en cuenta que la respuesta, es decir, la salivación, es la misma, ya sea condicionada o no condicionada (no aprendida o natural). Lo que sí cambió fue el estímulo para el perro. Uno es natural (no condicionado) y el otro es aprendido (condicionado).

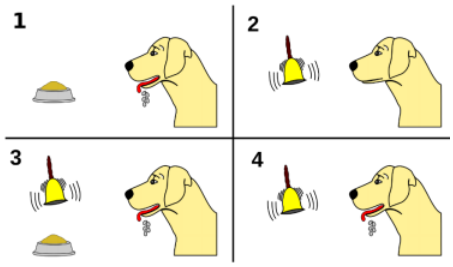


Figura 5.6: El experimento de Pavlov con los perros condicionados. (Imágen por Maxxl² bajo licencia CC BY-SA 4.0)

Ahora pensemos en cómo se usa el condicionamiento clásico en nosotros. El psicólogo John B. Watson nos presenta un estudio más extendido sobre el condicionamiento clásico.[15]

Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico es una forma de aprendizaje mediante el **estímulo condicionado** (EC) que se asocia con un **estímulo no condicionado** (EC). Entonces, para conocer una respuesta de antemano, la **respuesta** tiene que ser **condicionada** (RC). La respuesta condicionada es la respuesta aprendida con el estímulo previo. El estímulo no condicionado suele ser un estímulo importante, como ser, la comida o el dolor que provoca una **respuesta no condicionada** (RC). El estímulo condicionado generalmente es neutral y no produce una respuesta particular al principio, pero después del condicionamiento provoca la respuesta condicionada.

Si observamos el experimento de Pavlov podemos encontrar estos 4 factores en el trabajo:

- Cuando el perro saliva al ver u oler su comida, la respuesta no es condicionada.
- El estímulo no condicionado fue la vista o el olor de la comida misma.
- El estímulo condicionado fue el sonido de la campana. Durante el experimento condicionado, cada vez que se daba de comer al animal, se tocaba la campana. Esto se repitió durante varios ensayos. Después de un tiempo, el perro aprendió a asociar el sonido de la campana con la comida y empezaba a salivar. Una vez finalizado el experimento, el perro respondería salivando cuando sonaba la campana, incluso cuando el estímulo no condicionado (la comida) estaba ausente.
- La respuesta condicionada fue la salivación de los perros en respuesta al estímulo condicionado (el sonido de la campana).[16]

Respuesta neurológica al condicionamiento

Veamos cómo se produce una respuesta condicionada en el cerebro. Cuando un perro ve la comida, los estímulos que recibe la vista y el olfato llegan al cerebro a través de las neuronas, activando finalmente las glándulas salivales para segregar la saliva. Esta reacción es un proceso biológico y natural, ya que la saliva ayuda a la digestión de los alimentos. Cuando un perro oye el sonido del timbre y al mismo tiempo ve la comida, los estímulos auditivos activan las vías neuronales que están asociadas. Como estas vías se activan al mismo tiempo, hay una reacción débil en las sinapsis. Y esto causa una respuesta condicionada al estímulo auditivo. Con el tiempo, estas sinapsis se fortalecen, de modo que solo se necesitará el sonido de un timbre para activar las glándulas salivales.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante consiste en la teoría de la conducta. Es una perspectiva de aprendizaje que se centra en los comportamientos de una persona. Según la teoría del **comportamiento operante**, un individuo se ve afectado por condiciones nuevas y continuas. Los estudios sobre este comportamiento fueron hechos por primera vez por Edward L. Thorndike a finales del siglo XIX. Y fue B.F Skinner quién lo hizo popular a mediados del siglo XX. Gran parte de esta investigación indica que se trata del comportamiento humano y la manera como se relaciona.

La investigación de Skinner

La investigación inicial de Thorndike fue muy influyente en otro psicólogo, B.F. Skinner. Casi medio siglo después de la primera publicación de Thorndike sobre el condicionamiento operante, Skinner intentó demostrar que hay algo más sobre esta teoría. Señaló que todos los comportamientos, son de alguna manera el resultado de condicionamiento operante. Skinner demostró en su teoría que, si un comportamiento es resultado del reforzamiento, es más probable que se repita. En cambio, si es proseguida por un castigo, es menos probable que se repita la acción. También creía que las acciones terminarían por sí solas, si no existe tanto el reforzamiento como el castigo.

Para probar su teoría, colocó algunas ratas en una caja que tenía una palanca. Al tocar dicha palanca, caía una pequeña porción de comida. Con el tiempo, encontraban con mayor facilidad y rapidez la manera de hacer caer la comida, hasta que finalmente terminaron comiendo cerca de la palanca. Pero cuando la relación palanca y comida fue variada, el comportamiento del ratón fue menos constante. Esta teoría básica sobre el condicionamiento operante aún se utiliza por psicólogos, científicos y educadores de la actualidad.

Conformando principios de reforzamiento y programas de reforzamiento

El condicionamiento operante se puede ver como un proceso de acción y consecuencia. Skinner utilizó este principio básico para estudiar los posibles alcances del condicionamiento operante en el comportamiento de los animales. En sus experimentos utilizó el reforzamiento y programas de reforzamiento para demostrar la importancia que tiene el comportamiento en el resultado.

Todas estas prácticas están relacionadas a un solo punto, la conformación de un experimento, un paradigma de condicionamiento en un comportamiento. La **forma** en que el experimento se ensaya en repetidas ocasiones, es con el objetivo de obtener el comportamiento deseado. Esto se logra a través del reforzamiento, o la recompensa. Como segmento del comportamiento se puede usar una gran variedad de acciones como recompensas. Los experimentos fueron más allá con el fin de incluir diferentes programas de reforzamiento. Y probando diferentes reforzamientos se vuelven cada vez más complicadas, a medida que avanzan los estudios. Al probar con diferentes programas de reforzamiento, Skinner aprendió algo muy valioso: las mejores formas de fomentar un comportamiento específico o las formas más efectivas de impulsar un comportamiento duradero. Gran parte de estos ensayos se ha puesto en práctica con los humanos. Y ahora Skinner hace informes sobre las prácticas que hace en el comportamiento humano, en sus diferentes entornos.[17]

Reforzamiento positivos y negativos

Muchas veces, agregar algo en una situación significa un reforzamiento, como en los casos que vimos arriba, estos podrían ser cosas, elogios o el dinero. En estos casos, el **reforzamiento positivo** implica agregar algo con el fin de alentar un comportamiento. Por otro lado, quitar algo a una situación también podría considerarse como un reforzamiento. Por ejemplo, el ruido del despertador nos obliga a levantarnos y apagarlo, para deshacernos del molestoso ruido. Pensemos en esta otra situación: los niños molestan a sus padres para conseguir algo, y los padres a menudo les complacen solo para deshacerse de la molestia. En estos casos, el reforzamiento fue negativo.

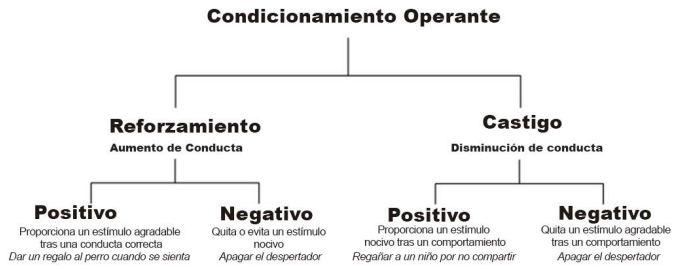


Figura 5.7: Reforzamiento en condicionamiento operante. (Imagen por Curtis Neveu bajo licencia CC BY-SA 3.0 (Modificado de la imagen fuente)

El condicionamiento operante tiende a funcionar mejor si el enfoque es alentar un comportamiento o movimiento, en lugar de decir: “no hagas”. Los reforzamientos se usan para fomentar un comportamiento y la disciplina se usa para detener un comportamiento. La disciplina seguida a un acto, disminuye la posibilidad de que se repita cierto comportamiento. Pero las consecuencias del comportamiento a menudo permanecen, solo se suprimen. En todo caso, si es que la amenaza de la disciplina desaparece, el comportamiento puede volver a ocurrir. Por ejemplo, un niño se cuida de usar malas palabras cuando su padre está cerca de él, porque el padre le disciplinaría, pero puede usar malas palabras cerca de sus amigos. O un conductor puede reducir la velocidad al ver a un policía cerca de la carretera. Otro problema que la disciplina genera es que cuando uno se concentra en el castigo, es difícil que vea las cosas que hizo correctamente o bien. El castigo, en sí mismo resulta estigmatizante, la víctima puede considerarse a sí mismo como caso perdido, o una persona mala.

Cuando se realiza algo deseado, el reforzamiento puede venir de una manera obvia. O puede suceder que el reforzamiento aparezca después de varios hechos deseados. En otro caso, el reforzamiento puede presentarse cuando los hechos tienen intervalos prolongados. El programa de reforzamiento tiene un impacto en el transcurso de un comportamiento, pero después se desvanece una vez recibida la recompensa del reforzamiento. Por ejemplo, un niño que recibe recompensas de sus padres por hacer las cosas bien, se dará por vencido muy pronto si no recibe la recompensa de inmediato. Por otro lado, piense en los tipos de comportamientos que se pueden aprender del condicionamiento clásico y operante. A veces los comportamientos complejos se aprenden rápidamente y sin reforzamiento directo. En un próximo capítulo estaremos analizando sobre el aprendizaje social de Bandura.[19]

Watson y el comportamiento

La teoría de John B. Watson fue otra que se sumó al espectro del comportamiento. Watson creía que la mayoría de nuestros miedos y otros sentimientos están condicionados. En la década de 1920 ofreció al público un asesoramiento sobre la paternidad, con lo que su popularidad aumentó de manera significativa. Según él, se podía enseñar a los padres cómo moldear el comportamiento de sus hijos. Y trató de demostrar el poder del condicionamiento clásico, haciendo experimentos con un niño de 18 meses, de nombre “Pequeño Albert”. Watson sentó a Albert y le mostró varios objetos atemorizantes, entre ellos un periódico en llamas, una rata blanca, etc. Pero Albert se mantuvo curioso e intentó tocar estas cosas. Watson sabía que uno de nuestros temores innatos era el miedo a los ruidos fuertes. Entonces cada vez que mostraba la rata a Albert, hacia un ruido fuerte. Albert, por su parte, empezó a temer a las ratas, ya que escuchaba un ruido fuerte cada vez que veía su ratón favorito, y empezó a llorar al ver el ratón.

Watson filmó ese experimento para la posteridad y lo usó para demostrar que podía ayudar a los padres a lograr los resultados que deseaban. Watson escribió columnas en periódicos y revistas y ganó mucha popularidad entre los padres. Así que los padres estaban ansiosos de poner en práctica la ciencia. Sin embargo, Watson no dejó ese legado solo sobre los padres. Él tuvo un impacto muy fuerte en la manera de hacer publicidad. Después que dejo la academia, Watson entró en el mundo de los negocios y les mostró a las compañías cómo mejorar las ventas, usando los deseos naturales de la gente. ¡Así surgió la publicidad en conexión con el sexo! A veces hacemos cosas porque otros han recibido una recompensa por hacer eso. Es una forma de condicionamiento operante en el comportamiento. Participamos en algo pensando que vale la pena. Este comportamiento se conoce como reforzamiento indirecto (Bandura, Ross y Ross, 1963).

Figura 5.8: Esta fotografía fue tomada durante la investigación del Pequeño Albert. (Imagen es de dominio público)

¿Los padres socializan con los niños, o los niños socializan con los padres?

Bandura (1986) habló de que hay una fuerte relación entre un individuo y su entorno. Según él no solo somos parte de un entorno, sino que influimos en el mismo. Por otro lado, nuestra personalidad está ligada en la forma en que nos afectan los sucesos a nuestro alrededor. Esta teoría se denomina determinación recíproca. A manera de ejemplo, hablemos de la relación de un padre con su hijo. Un padre no solo influye en el entorno de sus hijos, sino que puede usar algunos recursos a manera de reforzamiento. Por otro lado,

el hijo también influye en el padre. Pensemos en la forma en que un padre responde a su primer hijo y al cuarto hijo. Él intentará ser el mejor padre para su primogénito, en cambio será diferente con el último hijo. Es así que un padre tiene expectativas diferentes sobre sus hijos y sobre ellos mismos. Nosotros creamos nuestro entorno y el entorno nos crea a nosotros.

Figura 5.9: Un bebé sonriente juega con los juguetes. (Imágen por OmarMedinaFilms en Pixabay)

La teoría sobre el aprendizaje social

Albert Bandura fue uno de los que contribuyó a la **teoría del aprendizaje social**. Él nos habla de que las cosas no se aprenden mediante el condicionamiento, sino que se aprende mediante observar a otros (1977). Según él, los niños aprenden imitando a otros. Muchas veces pasa que, cuando ya no tenemos nada que hacer, miramos a otros y copiamos lo que están haciendo. Como ejemplo, un trabajador nuevo mira atentamente a otros trabajadores con la finalidad de copiar sus comportamientos y encajar fácilmente en el entorno. La personalidad de un adolescente dependerá en gran medida de la influencia de sus compañeros. Las parejas recién casadas a menudo siguen el patrón que han aprendido de sus padres. Comienzan a actuar de una manera que no lo hacían mientras solo salían como enamorados. Y luego se preguntan cómo su relación ha cambiado.

Contribuyentes y atribuciones

15. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

16. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

17. Children's Development by Ana R. Leon is licensed under CC BY 4.0

19. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, licencia bajo CC BY 4.0

This page titled 5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.6: La memoria y la atención

Si queremos recordar algo al día siguiente, tenemos que grabarlo en la **memoria a largo plazo.** Este tipo de memoria es algo permanente, que nos ayuda a no olvidar las cosas. A diferencia de la memoria a corto plazo o la memoria sensorial, la que es de largo plazo tiene una capacidad infinita de guardar recuerdos. La memoria a largo plazo también se ha denominado como memoria de referencia, por que una persona casi siempre acude a este tipo de recuerdos para realizar cualquier tarea. Y la memoria a largo plazo se puede dividir en dos: memoria explícita y memoria implícita.

Memoria explícita

La memoria explícita, también conocida como la conciencia o **memoria declarativa,** guarda recuerdo sobre hechos, conceptos y eventos que son necesarios recordar. En otras palabras, una persona debe esforzarse por traer a la mente los recuerdos. Este tipo de información se guarda y recupera de manera *explícita*, de ahí que se llame **memoria explícita**. Además, este tipo de memoria puede ser subdividida en **memoria semántica,** que tiene que ver con hechos y episodios personales, o que se relacionen con la autobiografía.

Memoria episódica

La memoria episódica está más relacionada con la memoria contextualizada. Generalmente ligada a momentos específicos o episodios de la experiencia personal. Además de vincular las emociones y sensaciones relativas al hecho, están guardadas: el porqué, quién, qué, donde y cuando pasaron las cosas. Un ejemplo de un recuerdo episódico sería recordar el viaje de tu familia a la playa. La memoria autobiográfica (memoria de eventos particulares de la experiencia personal) generalmente se considera como equivalente o un subconjunto de la memoria episódica. Una memoria específica, de tipo autobiográfica, es una memoria flash, que es "instantánea", muy detallada y excepcionalmente vívida de los momentos o circunstancias en que se escuchó una noticia (o emocionalmente alentador). Por ejemplo, muchas personas recuerdan exactamente dónde estaban y qué estaban haciendo cuando se enteraron de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001. Esto se debe a que es un recuerdo flash.

La memoria semántica y la episódica están muy relacionadas. Los recuerdos de los hechos se pueden asociar con los de tipo episódico, o la inversa. A modo de ejemplo, la respuesta a la pregunta: "¿todas las manzanas son rojas?" podría traerte a la memoria a alguien que viste comiendo manzana verde. Del mismo modo, los recuerdos semánticos pueden traer recuerdos detallados de cierto episodio, como ver un partido de fútbol. Una persona que apenas conoce las reglas del fútbol solo recordará las jugadas y el resultado. En cambio, un experto en futbol recordará más cosas.

Memoria Implícita

A diferencia de la memoria explícita (consciente), la **memoria implícita** (también llamada "inconsciente" o "procesal") envuelve procedimientos que se necesita para realizar alguna acción, que solo se hace por costumbre a lo largo del tiempo. Pensemos en las habilidades de los atletas como ejemplo de una memoria implícita. Al principio aprenden los fundamentos del deporte y luego las practican una y otra vez. Después, durante el juego, muestran sus destrezas de manera natural. Ensayar para un espectáculo de danza o musical es otro ejemplo de memoria implícita. Algunos ejemplos cotidianos: cómo amarrarse los zapatos, cómo conducir un automóvil o cómo andar en bicicleta. Utilizamos este tipo de recuerdo sin conciencia, es decir, llevamos a la práctica sin siquiera darnos cuenta. Como tal, a menudo puede ser difícil de enseñar o explicar a otras personas. Entonces, los recuerdos implícitos difieren de los recuerdos semánticos, descritos anteriormente. La memoria implícita generalmente envuelve acciones y movimientos y la coordinación motora, en cambio la semántica enfatiza las normas de comportamiento social.

Figura 5.10: Un niño pequeño caminando. (Imágen en fotos en el dominio público)

Almacenamiento de la memoria a corto plazo

La memoria a corto plazo es la capacidad de retener información por un corto período de tiempo (en cuestión de segundos). Una vez que la información ingresa al cerebro, este desaparece rápidamente, y no es almacenado en la memoria. George A. Miller declaró que la memoria a corto plazo solo tiene la capacidad de retener un máximo de siete elementos a la vez, o tal vez hasta menos de dos. Pero los estudios recientes muestran que esto puede variar, dependiendo de varios aspectos como la pronunciación. Cuando se guardan varios elementos simultáneamente (como números, palabras o imágenes), estos elementos compiten entre ellos para permanecer o ser eliminado. De este modo, un elemento nuevo que entra puede desplazar a un elemento anterior, a menos que el elemento anterior esté protegido contra la interferencia, lo cual se hace mediante ensayos.

La información que se guarda en la memoria a corto plazo es de fácil acceso, pero por muy poco tiempo. Su degradación es continua, ya que, si no mantenemos dicha información activa, es decir repitiendo mentalmente, se olvidará.

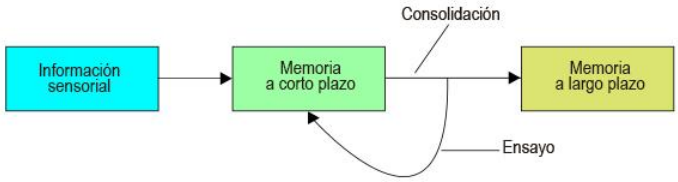


Figura 5.11: Diagrama del proceso de almacenamiento de memoria. (Imágen por Wikipedia bajo licencia CC BY-SA 3.0)

Almacenamiento de la memoria a largo plazo

A diferencia de la memoria a corto plazo, la **memoria a largo plazo**, tiene la capacidad de mantener una información semántica por mucho tiempo. Los elementos que se guardan en la memoria de corto plazo, son llevados al de largo plazo mediante el uso y ensayo. La capacidad de almacenamiento que tiene la memoria a largo plazo es muy grande, ya que es ilimitada. Pero la información que se guarda ahí, no es permanente, a no ser que ocasionalmente la traigamos a la mente. Por lo tanto, la información guardada puede desaparecer con el tiempo. Es a eso que llamamos el olvido.

La memoria a largo plazo puede verse afectado por traumas cerebrales, lesiones o golpes. La falta de memoria, que se conoce como amnesia, puede ser a causa de daños cerebrales. La amnesia anterógrada es la incapacidad de almacenar nuevos elementos; La amnesia retrógrada es la incapacidad de recuperar antiguos elementos. Estos tipos de amnesia indican que la memoria tiene un proceso de almacenamiento.[22]

Contribuyentes y atribuciones

22. Children's Development por Ana R. Leon, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 5.6: La memoria y la atención is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

5.S: Conclusión

Lo que vimos en este capítulo:

- Etapa sensorio-motriz de Piaget
- El impacto social que tiene el entorno en el aprendizaje del niño.
- Los progresos y las teorías sobre el desarrollo del lenguaje.
- El condicionamiento clásico y operante, y el sistema de reforzamiento.
- Los tipos de memoria, y como trabajan juntos.

En el siguiente capítulo terminaremos de ver los dos primeros años de vida del niño, examinando el desarrollo social y emocional, incluidos el temperamento y el apego.

This page titled 5.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

6: Desarrollo social y emocional del pequeño en su primer año de vida

Objetivos

Después de este capítulo, podrás:
1. Clasificar los tipos de carácter o temperamento.
2. Discutir las funciones de la cultura y el género en la socialización.
3. Describir la secuencia del desarrollo emocional durante los dos primeros años.
4. Comparar diferentes teorías sobre el apego y los estilos de apego.
5. Explicar la etapa de la confianza frente a la desconfianza según Erikson.
6. Contrastar las opciones de cuidado infantil para las familias.

Mientras que el temperamento está determinado por la genética y las emociones se desarrollan a través de la formación, las interacciones tempranas que tenemos con los adultos que nos cuidan como bebés y niños pequeños son muy importantes para el desarrollo emocional saludable. Examinemos algunas de las interacciones y marcadores importantes en el desarrollo social y emocional durante los primeros dos años de vida.

6.1: Temperamento o carácter
6.2: Personalidad
6.3: Emociones del bebé
6.4: Marcadores sociales y emocionales
6.5: Formación de apegos
6.6: Cuidado infantil
6.S: Conclusión

Thumbnail: www.pexels.com/photo/baby-touching-woman-s-face-1257110/

This page titled 6: Desarrollo social y emocional del pequeño en su primer año de vida is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.1: Temperamento o carácter

Tal vez pasaste tiempo con una variedad de bebés. ¿Cómo eran ellos? ¿En qué se diferenciaron? ¿Cómo los comparas con sus hermanos u otros niños que conociste bien? Pudiste notar que algunos parecían estar en un mejor estado de ánimo que otros y que algunos eran más sensibles al ruido o más fácil de distraerse que otros. Estas diferencias pueden atribuirse al carácter o temperamento. Al temperamento se lo describe como las características innatas del bebé, incluyendo el estado de ánimo, el nivel de actividad y la reactividad emocional que se empiezan a notar poco después del nacimiento.

En un estudio histórico de 1956, Chess and Thomas (1996) evaluó el temperamento de 141 niños basado en entrevistas con los padres. Conocido como el Estudio Longitudinal de Nueva York, los bebés fueron evaluados en 10 dimensiones de temperamento incluyendo:

- nivel de actividad
- ritmicidad (regularidad de las funciones biológicas)
- enfoque/retirada (cómo los niños tratan cosas nuevas)
- adaptabilidad a situaciones
- intensidad de las reacciones
- límite de respuesta (cuán intenso tiene que ser un estímulo para que el niño reaccione)
- calidad del estado de ánimo
- distracción
- capacidad de atención
- persistencia

Basándose en los perfiles de comportamiento de los bebés, se clasificaron en tres tipos generales de temperamento:

Tabla 6.1 - Tipos de temperamento

Tipo	Porcentaje	Descripción
Fácil	40%	• Capaz de adaptarse rápidamente a situaciones rutinarias y nuevas • Permanece tranquilo • Fácil de calmar • Usualmente en estado de ánimo positivo
Difícil	10%	• Reacciona negativamente a nuevas situaciones • Tiene problemas para adaptarse a la rutina • Usualmente en estado de ánimo negativo • Llora con frecuencia
Lento para reaccionar	15%	• Bajo nivel de actividad • Se ajusta lentamente a nuevas situaciones • Por lo general, en estado de ánimo negativo

Como se puede ver, los porcentajes no equivalen al 100%, ya que algunos niños no pudieron ser colocados cuidadosamente en una de las categorías. Piensa en cómo se debe abordar a cada tipo de niño para mejorar las interacciones con ellos. Un niño fácil requiere menos intervención, pero todavía tiene necesidades que no deben pasarse por alto. Es posible que un niño de reacción lenta y cálida deba recibir una advertencia previa si se van a presentar nuevas personas o situaciones. Un niño con un temperamento difícil puede necesitar tiempo extra para quemar su energía.

La capacidad de un cuidador para trabajar bien y entender con precisión al niño disfrutará de una **bondad de ajuste**, lo que significa que sus estilos coincidirán y la comunicación y la interacción pueden fluir. Los padres que reconocen el temperamento de

cada niño y lo aceptan, cultivarán interacciones más efectivas con el niño y desarrollarán un funcionamiento que sea más adaptable.[1]

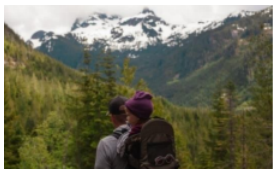


Figura 6.1: Los padres aventureros de esta niña proporcionan un buen "ajuste" a su temperamento. (Imagen bajo licencia CC0 1.0)

La crianza es bidireccional

Los padres no sólo afectan a sus hijos, sino que los niños también influyen en sus padres. Las características de un niño, como el carácter o temperamento, afectan a los comportamientos y roles de la crianza. Por ejemplo, un bebé con un temperamento fácil puede permitir a los padres sentirse más efectivos, ya que son fácilmente capaces de calmar al niño y provocar la sonrisa y el arrullo. Por otro lado, un bebé malhumorado o quisquilloso provoca menos reacciones positivas de sus padres y puede resultar en que los padres se sientan menos eficaces en el papel de la crianza (Eisenberg et al., 2008). Con el tiempo, los padres de niños más difíciles pueden llegar a ser más castigadores y menos pacientes con sus hijos (Clark, Kochanska, & Ready, 2000; Eisenberg et al., 1999; Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011). Los padres que tienen un hijo quisquilloso y difícil están menos satisfechos con sus matrimonios y tienen mayores desafíos para equilibrar el trabajo y los roles familiares (Hyde, Else-Quest, & Goldsmith, 2004). Por lo tanto, el temperamento infantil es una de las características que influye en cómo los padres se comportan con sus hijos.

Contribuyentes y atribuciones

1. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 6.1: Temperamento o carácter is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.2: Personalidad

El temperamento no cambia drásticamente a medida que crecemos, pero podemos aprender a trabajar y manejar nuestras cualidades temperamentales. El temperamento puede ser una de las cosas que nos mantiene iguales durante todo el desarrollo. Por el contrario, **la personalidad**, definida como el patrón consistente de sentimiento, pensamiento y consistencia de un individuo, es el resultado de la interacción continua entre la disposición biológica y la experiencia.

La personalidad también se desarrolla a partir del temperamento de otras maneras (Thompson, Winer, & Goodvin, 2010). A medida que los niños maduran biológicamente, las características temperamentales emergen y cambian con el tiempo. Un recién nacido no es capaz de mucho autocontrol, pero a medida que avanzan las capacidades cerebrales para el autocontrol, los cambios temperamentales en la autorregulación se hacen más evidentes. Por ejemplo, un recién nacido que llora con frecuencia no necesariamente tiene una personalidad gruñona; con el tiempo, con suficiente apoyo de los padres y una mayor sensación de seguridad, el niño podría ser menos propenso a llorar.

Además, la personalidad se compone de muchas otras características aparte del temperamento. El desarrollo del autoconcepto de los niños, sus motivaciones para lograr o socializar, sus valores y metas, sus formas de afrontar situaciones, su sentido de responsabilidad y conciencia, así como muchas otras cualidades se engloban en la personalidad. Estas cualidades están influenciadas por las disposiciones biológicas, pero aún más por las experiencias del niño con los demás, particularmente en las relaciones cercanas, que guían el crecimiento de las características individuales. De hecho, el desarrollo de la personalidad comienza con los fundamentos biológicos del temperamento, pero con el tiempo, se vuelve cada vez más elaborado, extendido y refinado. El recién nacido que los padres miraban así se convierte en un adulto con una personalidad de profundidad y matiz.[3]

Personalidad y cultura

El término **cultura** se refiere a todas las creencias, costumbres, ideas, comportamientos y tradiciones de una sociedad en particular que se transmiten a través de generaciones. La cultura se transmite a las personas a través del lenguaje, como también a través del ejemplo en la manera de comportarse, y define qué rasgos y formas de comportarse se consideran importantes, deseables o indeseables.

Dentro de una cultura hay normas y expectativas de comportamiento. Estas normas culturales pueden dictar qué rasgos de personalidad se consideran importantes. El investigador Gordon Allport consideró que la cultura era una influencia importante en los rasgos y definió los rasgos comunes como aquellos que se reconocen dentro de una cultura. Estos rasgos pueden variar de una cultura a otra basados en diferentes valores, necesidades y creencias. Los rasgos positivos y negativos pueden ser determinados por las expectativas culturales: lo que se considera un rasgo positivo en una cultura puede considerarse negativo en otra, lo que resulta en diferentes expresiones de personalidad entre culturas.

Figura 6.2: Una familia de una cultura no occidental. (Imagen de Theodor Goutas en Unsplash)

Considerar las influencias culturales en la personalidad es importante porque las ideas y teorías occidentales no son necesariamente aplicables a otras culturas (Benet-Martinez & Oishi, 2008). Hay una gran cantidad de evidencia de que la fuerza de los rasgos de personalidad varía según las culturas, y esto es especialmente cierto cuando se comparan culturas individualistas (como las culturas europeas, norteamericanas y australianas) y las culturas colectivistas (como culturas asiáticas, africanas y sudamericanas). Las personas que viven en **culturas individualistas** tienden a creer que la independencia, la competencia y los logros personales son importantes. Por el contrario, las personas que viven en **culturas colectivistas** tienden a valorar la armonía social, el respeto y las necesidades grupales por encima de las necesidades individuales. Estos valores influyen en la personalidad de maneras diferentes pero sustanciales; por ejemplo, Yang (2006) encontró que las personas en las culturas individualistas mostraban rasgos de personalidad más orientados al individuo, mientras que las personas en las culturas colectivistas mostraban rasgos de personalidad más orientados a la población social.[5]

Personalidad y género

De la misma manera que las normas culturales pueden influir en la personalidad y el comportamiento, las normas de género (los comportamientos que esperan que los hombres y las mujeres se ajusten en una sociedad determinada) también pueden influir en la personalidad haciendo hincapié en los diferentes rasgos entre géneros.

Figura 6.3: Una niña que usa ropa y accesorios estereotípicamente femeninos. (Imagen de Abdullah Shakoor en Pixabay)

Figura 6.4: Un bebé varón que usa ropa estereotípicamente masculina. (Imagen de Abdullah Shakoor en Pixabay)

Las ideas de comportamiento apropiado para cada género (masculino y femenino) varían entre culturas y tienden a cambiar con el tiempo. Por ejemplo, la agresión y asertividad han sido históricamente enfatizadas como rasgos positivos de la personalidad masculina en los Estados Unidos. Mientras tanto, la sumisión y el cuidado se han considerado históricamente como rasgos femeninos ideales. Si bien muchos **roles de género** siguen siendo los mismos, otros cambian con el tiempo. En 1938, por ejemplo, sólo 1 de cada 5 estadounidenses estuvo de acuerdo en que una mujer casada debería ganar dinero en la industria y los negocios. En 1996, sin embargo, 4 de cada 5 estadounidenses aprobaron a las mujeres que trabajaban en estos campos. Este tipo de cambio de actitud ha ido acompañado de cambios de comportamiento que coinciden con los cambios en las expectativas de rasgos y los cambios en la identidad personal para hombres y mujeres.[8]

Contribuyentes y atribuciones

3. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

5. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

8. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 6.2: Personalidad is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.3: Emociones del bebé

Al nacer, los bebés exhiben dos respuestas emocionales: atracción y rechazo. Muestran atracción hacia situaciones agradables que aportan comodidad, estimulación y placer, y rechazan la estimulación desagradable como sabores amargos o malestar físico. Alrededor de dos meses, los bebés exhiben compromiso social en forma de sonrisa respondiendo de esa manera a aquellos que involucran su atención positiva (Lavelli & Fogel, 2005).

La sonrisa social se vuelve más estable y organizada a medida que los bebés aprenden a usar sus sonrisas para involucrar a sus padres en las interacciones. El placer se expresa como risa a los 3 a 5 meses de edad, y el disgusto se vuelve más específico como el miedo, la tristeza o la ira entre las edades de 6 y 8 meses. La ira es a menudo la reacción cuando se le impide obtener un objetivo, como quitarle un juguete (Braungart-Rieker, Hill-Soderlund, & Karrass, 2010). Por el contrario, la tristeza suele ser la respuesta cuando los bebés están privados de un cuidador (Papousek, 2007). El miedo se asocia a menudo con la presencia de un extraño, conocido como la **cautela extraña**, o la salida de otros significativos conocidos como **ansiedad por separación**. Ambos aparecen entre 6 y 15 meses después de que se haya adquirido la permanencia del objeto. Además, hay algunos indicios de que los bebés pueden experimentar celos tan pronto como a los 6 meses de edad (Hart & Carrington, 2002).

Figura 6.5: Un bebé que hace una expresión facial enojada. (Imagen de Brytny.com en Unsplash)

Las emociones a menudo se dividen en dos categorías generales: **emociones básicas** (emociones primarias), como el interés, la felicidad, la ira, el miedo, la sorpresa, la tristeza y el disgusto, que aparecen primero, y las **emociones autoconscientes** (emociones secundarias), como la envidia, el orgullo, vergüenza, culpa, duda y desconcierto. A diferencia de las emociones primarias, las emociones secundarias aparecen cuando los niños comienzan a desarrollar un autoconcepto, y requieren instrucción social sobre cuándo sentir tales emociones. Las situaciones en las que los niños aprenden emociones autoconscientes varían de una cultura a otra. Las culturas individualistas nos enseñan a sentir orgullo por los logros personales, mientras que en las culturas más colectivas se enseña a los niños a no llamar la atención a sí mismos, a menos que desee sentirse avergonzado por hacerlo (Akimoto & Sanbinmatsu, 1999).

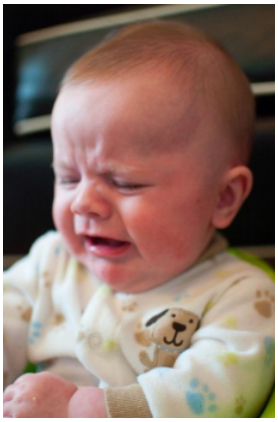


Figura 6.6: Un bebé que hace una expresión facial triste. (Imagen de acheron0 bajo licencia CC BY 2.0)

Las expresiones faciales de emoción son importantes reguladores de la interacción social. En la literatura de desarrollo, este concepto ha sido investigado bajo el concepto de **referencia social**; es decir, el proceso mediante el cual los bebés buscan información de otros para aclarar una situación y luego usar esa información para actuar (Klinnert, Campos, & Sorce, 1983). Hasta

la fecha, la demostración más fuerte de referencia social proviene de trabajar en el ángulo visual. En el primer estudio para investigar este concepto, Campos y sus colegas (Sorce, Emde, Campos, & Klinnert, 1985) colocaron a las madres en el extremo lejano del llamado "precipicio" del bebé. Las madres primero sonrieron a los bebés y colocaron un juguete encima del cristal de seguridad para atraerlos; los bebés invariablemente comenzaron a arrastrarse hacia sus madres. Sin embargo, cuando los bebés estaban en el centro de la mesa, la madre planteó una expresión de miedo, tristeza, ira, interés o alegría. Los resultados fueron claramente diferentes para las diferentes caras; ningún bebé cruzó la mesa cuando la madre mostró miedo; sólo el 6% lo hizo cuando la madre planteó ira, el 33% cruzó cuando la madre planteó tristeza, y aproximadamente el 75% de los bebés cruzaron cuando la madre planteó alegría o interés.

Otros estudios proporcionan un apoyo similar para las expresiones faciales como reguladores de la interacción social. Los investigadores plantearon expresiones faciales de neutralidad, ira o disgusto hacia los bebés a medida que se movían hacia un objeto y medían la cantidad de inhibición que los bebés mostraban al tocar el objeto (Bradshaw, 1986). Los resultados para los de 10 y 15 meses fueron los mismos: La ira produjo la mayor inhibición, seguida de disgusto y con neutral como el menor. Este estudio fue replicado más tarde usando expresiones de alegría y disgusto, alterando el método para que no se permitiera a los bebés tocar el juguete (en comparación con un objeto que los distraiga) hasta una hora después de estar expuestos a estas expresiones que mencionamos (Hertenstein & Campos, 2004). A los 14 meses de edad, significativamente más bebés tocaron el juguete cuando vieron expresiones alegres, pero menos tocaron el juguete cuando los bebés vieron expresiones de disgusto.

Un cambio emocional final está en la autorregulación. La **autorregulación emocional** se refiere a las estrategias que utilizamos para controlar nuestros estados emocionales para que podamos alcanzar metas (Thompson & Goodvin, 2007). Esto requiere un sumo esfuerzo del control de las emociones e inicialmente requiere la ayuda de los cuidadores (Rothbart, Posner, & Kieras, 2006). Los bebés pequeños tienen una capacidad muy limitada para ajustar sus estados emocionales y dependen de sus cuidadores para ayudar a calmarse. Los cuidadores pueden ofrecer distracciones para redirigir la atención y la comodidad del bebé para reducir la angustia emocional. A medida que las áreas de la corteza prefrontal del bebé continúan desarrollándose, los bebés pueden tolerar más estimulación. Hacia 4 a 6 meses, los bebés pueden comenzar a desviar su atención de estímulos molestos (Rothbart et al, 2006). Los bebés mayores y los niños pequeños pueden comunicar más eficazmente su necesidad de ayuda y pueden gatear o caminar hacia o lejos de varias situaciones (Cole, Armstrong, & Pemberton, 2010). Esto ayuda a su capacidad de autorregularse. El temperamento también desempeña un papel en la capacidad de los niños para controlar sus estados emocionales, y las diferencias individuales se han observado en la autorregulación emocional de los bebés y los niños pequeños (Rothbart & Bates, 2006).[11]

Figura 6.7: Un niño en un parque. (Imagen bajo licencia CC0)

Desarrollo del sentido de sí mismo: Durante el segundo año de vida, los niños comienzan a reconocerse a medida que adquieren un sentido de sí mismo sin ser separados de su cuidador principal. En un experimento clásico de Lewis y Brooks (1978) los niños de 9 a 24 meses de edad fueron colocados frente a un espejo después de que se les colocó un punto de color rojo en la nariz mientras sus madres fingían limpiar algo de la cara del niño. Si el niño reaccionó tocándose su nariz en lugar de la del "bebé" en el espejo, se sugirió que el niño reconoció la reflexión como él o ella misma. Lewis y Brooks encontraron que en algún momento entre los 15 y 24 meses la mayoría de los bebés desarrollaron una sensación de autoconciencia. **La autoconciencia** es la comprensión de que estás separado de los demás (Kopp, 2011). Una vez que un niño ha logrado la autoconciencia, el niño está avanzando hacia la comprensión de las emociones sociales como la culpa, la vergüenza o el desconcierto, así como, la simpatía o la empatía.[13]

Contribuyentes y atribuciones

11. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

13. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 6.3: Emociones del bebé is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.4: Marcadores sociales y emocionales

A medida que los bebés y los niños pequeños interactúan con otras personas, sus habilidades sociales y emocionales se van desarrollando. Aquí hay una tabla de marcadores sociales y emocionales que suelen experimentar durante los primeros dos años.

Tabla 6.2 – Marcadores sociales y emocionales (Developmental Milestones por la CDC está en el dominio público)

Edad típica	Lo que la mayoría de los niños hacen a esta edad
2 meses	• Comienza a sonreír a las personas • Puede calmarse brevemente (puede llevar las manos a la boca y chupar la mano) • Intenta mirar a los padres
4 meses	• Sonríe espontáneamente, especialmente a las personas • Le gusta jugar con la gente y puede llorar al detenerse el juego • Copia algunos movimientos y expresiones faciales, como sonreír o fruncir el ceño
6 meses	• Conoce caras que le son familiares y comienza a saber si alguien es un extraño • Le gusta jugar con otros, especialmente con sus padres • Responde a las emociones de otras personas y a menudo parece feliz • Le gusta mirarse a sí mismo en un espejo
9 meses	• Puede tener miedo de extraños • Puede estar aferrado a adultos familiares • Tiene juguetes favoritos
1 año	• Es tímido o nervioso con extraños • Llora cuando mamá o papá sale • Tiene cosas y personas favoritas • Muestra miedo en algunas situaciones • Te alcanza un libro cuando quiere escuchar una historia • Repite sonidos o acciones para llamar la atención • Saca el brazo o la pierna para ayudar a vestirse • Juega juegos como “peek-a-boo” (cucú) y “pat-a-cake” (divide la torta)
18 meses	• Le gusta dar cosas a otros como juego • Puede tener berrinches temperamentales • Puede tener miedo de extraños • Muestra afecto a las personas que le son familiares • Simula jugar cosas simples, como alimentar a una muñeca • Puede aferrarse a los cuidadores en nuevas situaciones • Apunta para mostrar a otros algo interesante • Explora solo, pero con los padres cerca

2 años	• Copia a otros, especialmente adultos y niños mayores • Se emociona cuando está con otros niños • Muestra cada vez más independencia • Muestra un comportamiento desafiante (haciendo lo que se le ha dicho que no haga) • Juega principalmente al lado de otros niños, pero empieza a incluirlos, en juegos como de “perseguir”

This page titled 6.4: Marcadores sociales y emocionales is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.5: Formación de apegos

El apego es el vínculo estrecho entre el bebé y el cuidador con el que siente una sensación de seguridad. La formación de apegos en la infancia ha sido objeto de considerables investigaciones, ya que los apegos han sido vistos como fundamentos para futuras relaciones. Además, estos apegos constituyen la base para la confianza y la curiosidad como niños pequeños, y como importante influencia en el autoconcepto.

Figura 6.8: La Formación del apego en acción cuando un padre acurruca a un recién nacido. (Imagen de Andrés y Antoinette Ricardo usado con autorización)

Teoría psicoanalítica de Freud

Según Freud (1938) los bebés son criaturas orales que obtienen placer al chupar y meter objetos a la boca. Freud creía que el bebé se apegaría a una persona u objeto que proporcione este placer. En consecuencia, se creía que los bebés se apegaban a su madre porque ella era la que satisfacía sus necesidades orales y proporcionaba placer. Freud creía además que los bebés se apegarían a sus madres "si la madre está relajada y generosa en sus prácticas de alimentación, permitiendo así al niño mucho placer oral" (Shaffer, 1985, p. 435).

La investigación de Harlow

En un estudio clásico, los psicólogos de la Universidad de Wisconsin Harry y Margaret Harlow investigaron las respuestas de los jóvenes monos Rhesus para explorar si la lactancia materna era el factor más importante para el apego.

Figura 6.8: Un mono Rhesus chupando su dedo pulgar. (Imagen de splotter_nl bajo licencia CC BY 2.0)

Los monos bebés fueron separados de sus madres biológicas, y dos madres sustitutas fueron introducidas en sus jaulas. La primera madre (la madre de alambre) consistía en una cabeza redonda de madera, una malla de alambres metálicos fríos y una botella de leche de la que el mono bebé podía beber. La segunda madre era una forma de goma espuma envuelta en una manta de felpa calentada. Los monos infantiles fueron a la madre de alambre en busca de comida, pero abrumadoramente prefirieron y pasaron mucho más tiempo con la cálida madre de felpa. La cálida madre de felpa no proporcionó comida, pero sí proporcionó consuelo (Harlow, 1958). La necesidad del bebé de tener cercanía física y contacto se conoce como **comodidad de contacto**. Se cree que la comodidad de contacto es la base para el apego. Los estudios de los Harlow confirmaron que los bebés tienen necesidades sociales y físicas. Tanto los monos como los bebés humanos necesitan una base segura que les permita sentirse seguros. Desde esta base, pueden ganar la confianza que necesitan para aventurarse y explorar sus mundos.

La teoría de Bowlby

Basándose en el trabajo de Harlow y otros, John Bowlby desarrolló el concepto de teoría del apego. Definió el apego como el vínculo de afecto o lazo que un bebé forma con la madre (Bowlby, 1969). Un bebé debe formar este vínculo con el cuidador principal para tener un desarrollo social y emocional normal. Además, Bowlby propuso que este vínculo de apego es muy poderoso y continúa a lo largo de la vida. Utilizó el concepto de base segura para definir un apego saludable entre padre e hijo (Bowlby, 1982). Una **base segura** es una presencia parental que le da al niño una sensación de seguridad mientras el niño explora el entorno.

Figura 6.9: Una madre ofrece una base segura mientras su bebé juega en un tobogán. (Imagen bajo licencia CC0)

Bowlby dijo que se necesitan dos cosas para un apego saludable: El cuidador debe ser receptivo a las necesidades físicas, sociales y emocionales del niño; y el cuidador y el niño deben participar en interacciones mutuamente agradables (Bowlby, 1969). Además, Bowlby observó que los bebés harían esfuerzos extraordinarios para evitar ser separados de sus padres, como llorar, negarse a ser consolado, y esperar a que el cuidador regrese.

Figura 6.10: Este niño está buscando consuelo de una figura de apego. (Imagen en Pexels)

Bowlby también observó que estas mismas expresiones eran comunes en muchos otros mamíferos, y en consecuencia argumentó que estas respuestas negativas a la separación cumplen una función evolutiva. Debido a que los bebés de mamíferos no pueden alimentarse ni protegerse a sí mismos, dependen del cuidado y la protección de los adultos para sobrevivir. Por lo tanto, aquellos bebés que eran capaces de mantener la proximidad a una figura de apego eran más propensos a sobrevivir y reproducirse.

Erikson: Confianza vs. Desconfianza

Como se discutió anteriormente en el capítulo 1, Erikson formuló una teoría de ocho etapas del desarrollo psicosocial. Erikson estaba de acuerdo en la importancia de una base segura, argumentando que el objetivo más importante de la infancia era el desarrollo de un sentido básico de confianza en los cuidadores. En consecuencia, la primera etapa, la confianza frente a la desconfianza, pone de relieve la importancia del apego. Erikson sostuvo que el primer año, a año y medio de la vida, implica el establecimiento de un sentido de confianza (Erikson, 1982). Los bebés son dependientes y deben confiar en otros para satisfacer sus necesidades físicas básicas, así como sus necesidades de estimulación y comodidad. Un cuidador que constantemente satisface estas necesidades infunde un sentido de confianza o la creencia de que el mundo es un lugar confiable. El cuidador no debe preocuparse por complacer excesivamente las necesidades de un niño en lo que respecta a comodidad, contacto o estimulación.

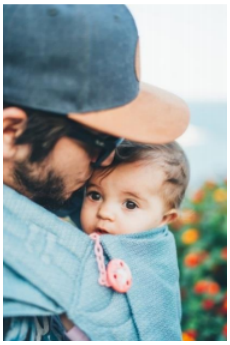


Figura 6.11: Este padre que lleva a su bebé está creando confianza con su hijo pequeño. (Imagen de Ferenc Horvath en Unsplash)

Problemas para establecer la confianza

Erikson (1982) creía que la desconfianza podía contaminar todos los aspectos de la propia vida y privar al individuo del amor y la comunión con los demás. Considera las implicaciones para establecer confianza si un cuidador no está disponible o está molesto y mal preparado para cuidar a un niño. O si un niño nace prematuramente, no es deseado o tiene problemas físicos lo convierten en un desafío más difícil para los padres. En estas circunstancias, no podemos suponer que el padre va a proporcionar al niño un sentimiento de confianza.

Mary Ainsworth y la situación extraña

La psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth, estudiante de John Bowlby, continuó estudiando el desarrollo del apego en los bebés. Ainsworth y sus colegas crearon una prueba de laboratorio que midió el apego de un bebé a sus padres. La prueba se llama **La situación extraña** porque se lleva a cabo en un contexto que no es familiar para el niño y por lo tanto es probable que aumenta la necesidad en el niño de estar con sus padres (Ainsworth, 1979).

Figura 6.12: Un bebé se arrastra en el suelo con juguetes alrededor como se hace en la Extraña Situación. (Imagen está en el dominio público)

Durante el procedimiento, que dura unos 20 minutos, el padre y el bebé primero se quedan solos, mientras que el bebé explora la habitación llena de juguetes. Luego un extraño adulto entra en la habitación y habla por un minuto con el padre, después de lo cual el padre sale de la habitación. El extraño se queda con el bebé durante unos minutos, y luego el padre entra de nuevo y el extraño sale de la habitación. Durante toda la sesión, una cámara de video graba los comportamientos del niño, que luego son codificados por el equipo de investigación. Los investigadores estaban especialmente interesados en cómo el niño respondió al cuidador que salía y regresaba a la habitación, conocida como la "reunión". Sobre la base de sus comportamientos, los niños se clasifican en uno de los cuatro grupos donde cada grupo refleja un tipo diferente de relación de apego con el cuidador. Un estilo es seguro y los otros tres estilos se conocen como inseguros.

• Un niño con un **estilo de apego seguro** generalmente explora libremente mientras el cuidador está presente y puede involucrarse con el extraño. Por lo general, el niño jugará con los juguetes y llevará uno al cuidador para mostrárselo y describírselo de vez en cuando. El niño puede estar molesto cuando el cuidador se va, pero también está feliz de ver regresar al cuidador.

- Un niño con un **estilo de apego ambivalente** (a veces llamado resistente) es cauteloso sobre la situación en general, particularmente al extraño, y se mantiene cerca o incluso se aferra al cuidador en lugar de explorar los juguetes. Cuando el cuidador se va, el niño está extremadamente angustiado y es ambivalente cuando el cuidador regresa. El niño puede apresurarse hacia el cuidador, pero luego no se reconforta cuando es recogido. El niño todavía puede estar enojado e incluso resistirse a los intentos de ser calmado.

- Un niño con un **estilo de apego evasivo** evitará o ignorará a la madre, mostrando poca emoción cuando la madre se vaya o regrese. El niño puede huir de la madre cuando se acerca. El niño no explorará mucho, independientemente de quién esté allí, y el extraño no será tratado de manera muy diferente de la madre.
- Un niño con un **estilo de apego desorganizado/ desorientado** parece tener una manera inconsistente de hacer frente al estrés de la extraña situación. El niño puede llorar durante la separación, pero evitar a la madre cuando regrese, o el niño puede acercarse a la madre, pero luego quedarse quieto o caer al suelo.

¿Qué tan comunes son los estilos de apego entre los niños en los Estados Unidos? Se estima que alrededor del 65 por ciento de los niños en los Estados Unidos están conectados de forma segura. El veinte por ciento exhibe estilos evasivos y entre el 10 y el 15 por ciento son ambivalentes. Otro 5 a 10 por ciento puede caracterizarse como desorganizado.

Se han encontrado algunas diferencias culturales en los estilos de apego (Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake, & Morelli, 2010). Por ejemplo, los padres alemanes valoran la independencia y las madres japonesas suelen estar al lado de sus hijos. Como resultado, la tasa de apegos evasivos y de inseguridad es mayor en Alemania y los apegos resistentes a la inseguridad son más altos en Japón. Sin embargo, estas diferencias reflejan la variación cultural más que la verdadera inseguridad (van Ijzendoorn y Sagi, 1999).

Ten en cuenta que los métodos para medir estilos de datos adjuntos se han basado en un modelo que refleja la clase media, con valores e interpretación en EE. UU. Los métodos más recientes para los estilos de datos adjuntos de evaluación implican el uso de una **técnica de clasificación Q** en la que se registra un gran número de comportamientos en las tarjetas y el observador ordena las tarjetas de una manera que refleja el tipo de comportamiento que se produce dentro de la situación (Waters, 1987). Hay 90 elementos en la tercera versión de la técnica de clasificación Q, y ejemplos de los comportamientos evaluados incluyen:

- Cuando el niño regresa a la madre después de jugar, el niño a veces es quisquilloso sin una razón clara.
- Cuando el niño está molesto o lesionado, el niño aceptará consuelo de adultos que no sean su madre.
- El niño a menudo se abraza o se estrecha a la madre, sin que ella pida o invite al niño a hacerlo.
- Cuando el niño está molesto por la partida de la madre, el niño continúa llorando o incluso se enoja después de que ella se ha ido.

Al menos dos investigadores observan al niño y al padre en el hogar durante 1.5 - 2 horas por visita. Por lo general, dos visitas son suficientes para recopilar información adecuada. Se le pregunta al padre si los comportamientos observados son típicos para el niño. Esta información se utiliza para probar la validez de las clasificaciones de Situación Extraña a través de la edad, culturas y con las poblaciones clínicas.

Consistencia del cuidador

Tener un cuidador consistente puede estar en peligro si el bebé es atendido en un entorno de cuidado infantil con un alto volumen de trabajadores o si está institucionalizado y se le da poco más que cuidado físico básico. Los bebés que, tal vez debido a estar en orfanatos con cuidados inadecuados no han tenido la oportunidad de adherirse en la infancia, todavía pueden formar apegos seguros iniciales varios años más tarde. Sin embargo, pueden tener más problemas emocionales de depresión, ira o ser demasiado amigables mientras interactúan con los demás (O'Connor et. al., 2003).

Privación social

La privación grave del apego parental puede conducir a serios problemas. Según estudios de niños que no han recibido cuidados cálidos y nutritivos, pueden mostrar retrasos en el desarrollo, falta de desarrollo y trastornos del apego (Bowlby, 1982**). La falta de desarrollo no orgánica** es el diagnóstico para un bebé que no crece, desarrolla o aumenta de peso a tiempo. Además, la depresión posparto puede hacer que incluso una madre bien intencionada descuide a su bebé.

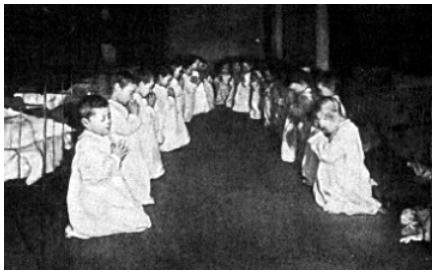


Figura 6.13: Esta es una guardería residencial en 1888. (Imagen está en el dominio público)

Trastorno de apego reactivo

Los niños que experimentan negligencia o privación social, cambian repetidamente a los proveedores de cuidado principal que limitan las oportunidades de formar apegos estables, o se crían en entornos inusuales (como instituciones) que limitan las oportunidades de formar apegos estables pueden sin duda tener dificultad para formar apegos. Según el Diagnóstico y Manual de Trastornos Mentales, 5a edición (American Psychiatric Association-Asociación Psiquiátrica Americana, 2013), aquellos niños que experimentan situaciones de negligencia también muestran un comportamiento de apego notablemente perturbado e inapropiado para el desarrollo, siendo inhibidos e introvertidos, teniendo una mínima capacidad de respuesta social y emocional hacia los demás, y con un limitado afecto positivo, pueden ser diagnosticados con **Trastorno de apego reactivo.** Este trastorno a menudo ocurre con retrasos en el desarrollo, especialmente en áreas cognitivas y del lenguaje. Afortunadamente, la mayoría de los niños gravemente desatendidos no desarrollan Trastorno de apego reactivo, que ocurre en menos del 10% de estos niños. La calidad del ambiente de cuidado después de un grave abandono afecta el desarrollo de este trastorno.

Resiliencia

Resiliencia es la capacidad de superar desafíos y adaptarse con éxito. Incluso los niños pequeños pueden mostrar una fuerte resiliencia a las circunstancias adversas. La resiliencia se puede atribuir a ciertos factores de personalidad, como un carácter tranquilo. Algunos niños son cálidos, amigables y receptivos, mientras que otros tienden a ser más irritables, menos manejables y difíciles de consolar, y estas diferencias juegan un papel en el apego (Gillath, Shaver, Baek, & Chun, 2008; Seifer, Schiller, Sameroff, Resnick, & Riordan, 1996). Parece seguro decir que el apego, como la mayoría de los otros procesos de desarrollo, se ve afectado por una interacción de influencias genéticas y de socialización.

Recibir apoyo de otros también conduce a la resiliencia. Un grupo de apoyo positivo y fuerte puede ayudar a los padres y a sus hijos a construir una base sólida al ofrecer asistencia y actitudes positivas hacia el recién nacido y los padres. En una prueba directa de esta idea, el investigador holandés Van Den Boom (1994) asignó al azar a las madres de algunos bebés a una sesión de entrenamiento en la que aprendieron a responder mejor a las necesidades de sus hijos. La investigación encontró que los bebés de estas madres eran más propensos a mostrar un estilo de apego seguro en comparación con las madres en un grupo de control que no recibió capacitación.[22]

Figura 6.14: Esta clase de masaje infantil podría proporcionarles capacitación y apoyo a las nuevas madres. (Imagen está en el dominio público)

Contribuyentes y atribuciones

22. Lifespan Development: A Psychological Perspective de Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 6.5: Formación de apegos is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.6: Cuidado infantil

Según la Oficina del Censo de los Estados Unidos en 2011, más del sesenta por ciento de las familias con niños menores de cinco años se basaban en arreglos regulares de cuidado infantil. Alrededor de una cuarta parte de esas familias utilizaron centros de cuidado infantil organizados como su arreglo principal.[24]

El cuidado de niños implica supervisar a un niño o niños, por lo general desde la infancia hasta los trece años de edad, y usualmente se refiere al trabajo realizado por alguien fuera de la familia inmediata del niño. El cuidado de los niños es un tema amplio que abarca un extenso espectro de contextos, actividades, convenciones e instituciones sociales y culturales. La mayoría de las instituciones de cuidado infantil que están disponibles requieren que los proveedores de cuidado infantil tengan una amplia capacitación en primeros auxilios y estén certificados por RCP. Además, normalmente se requieren verificaciones de antecedentes, pruebas de drogas y verificación de referencias.

Es tradicional en la sociedad occidental que los niños sean atendidos por sus padres o sus tutores legales. En las familias donde los niños viven con uno o ambos de sus padres, la función de cuidado infantil también puede ser asumida por algún miembro de la familia del niño, aunque no viva con ellos. Si un padre o alguna otra parte de la familia no pueden cuidar de los niños, los orfanatos y los hogares de crianza son una manera de proveer el cuidado, la vivienda y la educación de los mismos.

Cuidado infantil en los Estados Unidos

Las opciones formales de cuidado infantil incluyen **cuidado con base en centros** y **hogares de cuidado infantil** familiar. Cada estado tiene diferentes regulaciones para la concesión de licencias de centros de cuidado infantil, incluyendo los requisitos de los maestros. En algunos estados, enseñar en un centro de cuidado infantil requiere un título de asociado en el desarrollo infantil. Los estados con estándares de calidad incorporados en sus programas de licencias pueden tener requisitos más altos para el personal de apoyo, como los asistentes de maestros. Los maestros líderes de **Head Start** (un programa de cuidado infantil financiado por el gobierno federal para familias calificadas por ingresos) deben tener una licenciatura en Educación Infantil Temprana. Los estados varían en otros estándares establecidos para los proveedores de cuidado en guarderías, como en las proporciones o porcentajes de maestros a niños.

Figura 6.15: Un cuidador que lee a un bebé. (Imagen por el Air Force Medical Service está en el dominio público)

La legislación estatal puede regular el número y las edades de los niños permitidos antes de que el hogar se considere un programa oficial de cuidado infantil familiar y sujeto a las regulaciones de licencia. A menudo, la credencial de Asociado de Desarrollo Infantil reconocida a nivel nacional es el estándar mínimo para la persona que lidere este programa de cuidado en el hogar.

Figura 6.16: Un cuidador jugando con un grupo de niños. (Imagen por el U.S. Air Force está en el dominio público)

Además de estas opciones con licencia, los padres también pueden elegir a su propio cuidador u organizar intercambios de arreglos de cuidado infantil/o hacer intercambios de cuidado infantil con otra familia. Este cuidado es típicamente proporcionado por niñeras, en pares, o amigos y familiares. El niño es vigilado dentro de su propia casa o en el hogar del cuidador, lo que reduce la

exposición a niños externos y enfermedades. Dependiendo del número de niños en el hogar, aquellos que son cuidados allí pueden disfrutar de una mayor cantidad de interacción con su cuidador y formar un vínculo cercano.

No se requieren licencias ni verificaciones de antecedentes para este tipo de atención en el hogar, por lo que la vigilancia de los padres es esencial para elegir un cuidador adecuado. El costo de la atención en el hogar es la más alta de las opciones de cuidado infantil por niño, aunque una familia con muchos niños puede que vea esta opción como la más conveniente y asequible.[27]

Contribuyentes y atribuciones

24. Who's Minding the Kids por el U.S. Census Bureau está en el dominio público

27. Lifespan Development - Module 4: Infancy por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 6.6: Cuidado infantil is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

6.S: Conclusión

En este capítulo, analizamos:`

• Carácter y bondad de ajuste.
• Influencias culturales y de género.
• El desarrollo de las emociones.
• Teorías y estilos de apego.
• La etapa de confianza versus la desconfianza según Erikson.
• Importancia del apego y de las cosas que pueden impedirlo.
• Los tipos de cuidado infantil disponibles para las familias.

This page titled 6.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

7: Desarrollo físico en la primera infancia

Objetivos

Después de este capítulo, podrás:

1. Describir los cambios físicos que ocurren en la primera infancia.
2. Explicar cómo proporcionar nutrición saludable a niños de 3 a 5 años.
3. Resumir cómo apoyar el desarrollo de las habilidades motrices con actividades apropiadas para la edad.
4. Analizar las necesidades de sueño durante la primera infancia y los trastornos del sueño que pueden afectar a los niños.
5. Explicar el desarrollo detrás del entrenamiento del niño para ir al baño y algunos trastornos de eliminación que los niños puedan experimentar.
6. Reconocer la importancia de la conciencia del desarrollo sexual en la primera infancia.
7. Analizar los riesgos y una variedad de formas de promover y proteger la salud y seguridad de los niños.

Durante los primeros años de la infancia, de tres a cinco años, vemos cambios significativos en la forma en que los niños se ven, piensan, se comunican, regulan sus emociones e interactúan con los demás. A los niños a menudo durante este periodo de tiempo se los conoce como preescolares. Examinaremos los cambios físicos de los niños en edad preescolar en este capítulo.

7.1: Crecimiento en la primera infancia
7.2: Preocupaciones nutricionales
7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables
7.4: Desarrollo cerebral
7.5: Desarrollo de habilidades motrices
7.6: El sueño en la primera infancia
7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño
7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia
7.9: Salud en la primera infancia
7.10: Seguridad
7.S: Conclusión

Thumbnail: www.pexels.com/photo/action-...ls-day-296302/

This page titled 7: Desarrollo físico en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.1: Crecimiento en la primera infancia

Durante los primeros años de la infancia, de tres a cinco años, vemos cambios significativos en la forma en que los niños se ven, piensan, se comunican, regulan sus emociones e interactúan con los demás. A los niños a menudo durante este periodo de tiempo se los conoce como preescolares. Examinaremos los cambios físicos de los niños en edad preescolar en este capítulo.

Figura 7.1: Dos niños caminando por un puente. (Imagen por Kevin Gent en Unsplash)

This page titled 7.1: Crecimiento en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.2: Preocupaciones nutricionales

Esa tasa de crecimiento más lenta va acompañada de una reducción del apetito entre los 2 y 6 años. Este cambio a veces puede sorprender a los padres y conducir al desarrollo de malos hábitos alimenticios. Sin embargo, los niños entre las edades de 2 y 3 necesitan entre 1,000 y 1,400 calorías, mientras que los niños entre las edades de 4 y 8 necesitan entre 1,200 y 2,000 calorías (Clínica Mayo, 2016a).[2]

Los cuidadores que establecieron una rutina de alimentación con su niño pueden encontrar la reducción del apetito un poco frustrante y preocuparse de que el niño pase hambre. Sin embargo, al proporcionar una adecuada y sana nutrición, y al limitar los refrigerios y bebidas azucaradas, el cuidador puede estar seguro de que 1) el niño pasará hambre; y 2) el niño recibirá una nutrición adecuada. Los niños en edad preescolar pueden experimentar deficiencias de hierro si no se les da una nutrición balanceada o si se les da demasiada leche ya que el calcio también interfiere con la absorción de hierro en la dieta.

Los cuidadores deben tener en cuenta que están formando las preferencias de sabor a esta edad. Los niños pequeños que se acostumbran a los sabores altos en grasa, muy dulces y salados pueden tener problemas al comer alimentos que tienen sabores más sutiles, como las frutas y verduras. Considere los siguientes consejos sobre cómo establecer patrones de alimentación en los años venideros (Rice, FP, 1997). Tenga en cuenta que mantener las comidas agradables, proporcionar una nutrición sana y no participar en luchas de poder por los alimentos son los objetivos principales.[3]

Contribuyentes y atribuciones

2. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

3. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 7.2: Preocupaciones nutricionales is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables

1. **No intente obligar a su hijo a comer o pelear por la comida.** Por supuesto, es imposible obligar a alguien a comer. Pero el verdadero consejo aquí es evitar convertir la comida en una lucha de poder para que la comida no se convierta en una forma de ganarse el favor o expresar enojo hacia la otra persona.
2. **Reconozca que el apetito varía.** Los niños pueden comer bien una comida y no tener apetito en otra. En lugar de ver esto como un problema, puede ser útil darse cuenta de que el apetito varía. Continúe proporcionando una buena nutrición en cada comida (incluso si los niños de vez en cuando elijan no comer).
3. **Manténgalo agradable.** Este consejo está diseñado para ayudar a los cuidadores a crear una atmósfera positiva durante las comidas. La hora de comer no debería ser momento de discutir o expresar tensiones. No desea que el niño tenga recuerdos dolorosos de las comidas que tienen juntos o que sienta nervios en el estómago, tenga problemas para comer y digerir los alimentos debido al estrés.
4. **No hay cocineros personales.** Está bien preparar alimentos que los niños disfruten, pero preparar una comida diferente para cada niño o miembro de la familia crea una expectativa poco realista de los demás. Probablemente para los niños sea mejor que cuando tengan hambre tengan una comida que ya esté lista. Limitar los refrigerios en lugar de permitir que los niños "piquen" continuamente puede ayudar a crear un apetito por lo que se sirve en las comidas.
5. **Limite las opciones.** Si le da a escoger a su hijo en edad preescolar, asegúrese de darles una o dos opciones específicas en lugar de preguntar "¿Qué te gustaría almorzar?". Si se les da una opción abierta, ¡los niños pueden cambiar de opinión o elegir lo que su hermano no elija!
6. **Sirva comidas balanceadas.** Las comidas preparadas en casa tienden a tener un valor nutricional más alto que la comida rápida o la comida congelada. Los alimentos preparados tienden a tener un mayor contenido de grasa y azúcar, ya que estos ingredientes mejoran el sabor y el margen de beneficio. No contienen alimentos frescos porque a menudo son más costosos y menos rentables. Por otra parte, preparar alimentos frescos en casa no es costoso, aunque, si requiere más esfuerzo. Incluir a los niños en la preparación de comidas puede ser una experiencia divertida y memorable.
7. **No ofrezca sobornos.** Sobornar a un niño para que coma vegetales prometiéndole un postre no es una buena idea. Primero, es probable que el niño encuentre la manera de obtener el postre sin comer las verduras (quizás lloriqueando o mostrarse inquieto, hasta que el cuidador ceda). En segundo lugar, le enseña al niño que algunos alimentos son mejores que otros. Los niños tienden a disfrutar de manera natural de una variedad de alimentos hasta que se les enseña que algunos se consideran menos deseables que otros. Un niño, por ejemplo, puede aprender que el brócoli que ha disfrutado es visto como desagradable por otros a menos, ¡que esté cubierto de salsa de queso![4]

Figura 7.2: Dos niños cocinando juntos. (Imagen de Air Force Medical Service de dominio público)

Patrones de comida USDA para niños pequeños

El Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos proporciona la siguiente guía para la alimentación de día para niños de 3 a 5 años.

Patrones de comida

Tabla 7.1 (https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP_MealBP.pdf)

Comida	3-5 años

Desayuno	3/4 taza de leche 1/2 taza de vegetales, fruta o ambos ½ onza de granos
Almuerzo o Cena	3/4 taza de leche 1½ onzas de carne o alternativa de carne 1/4 taza vegetales 1/4 taza de fruta ½ onza de granos
Snack	*Seleccione dos de los siguientes:* ½ taza de leche ½ onzas de carne o alternativa de carne ½ taza vegetales ½ taza de fruta ½ onza de granos

Contribuyentes y atribuciones

4. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.4: Desarrollo cerebral

Peso del cerebro

El cerebro tiene aproximadamente el 75 por ciento de su peso adulto a los dos años. A los 6 años, tiene aproximadamente el 95 por ciento de su peso adulto. La mielinización y el desarrollo de dendritas continúan ocurriendo en la corteza y, como lo hace, vemos un cambio correspondiente en las habilidades del niño. El desarrollo significativo en la **corteza prefrontal** (el área del cerebro detrás de la frente que nos ayuda a pensar, elaborar estrategias y controlar las emociones) hace posible controlar cada vez más los arrebatos emocionales y comprender cómo jugar. Considere a los niños de 4 o 5 años y cómo podrían desempeñarse a un juego de fútbol. Lo más probable es que cada movimiento sea una respuesta a las órdenes de un entrenador parado cerca gritando: "¡Corre de esta manera! Ahora détente. Mira la pelota. ¡Patea la pelota!''. Y cuando no se le dice al niño qué hacer, ¡es probable que esté mirando el trébol en el suelo o un perro al otro lado de la cerca! La comprensión del juego, pensar en el futuro, coordinar el movimiento y manejar la pérdida mejoran con la práctica y la mielinización**.**7

Vías visuales

Los dibujos infantiles son representaciones del desarrollo de las vías visuales; A medida que los cerebros de los niños maduran, las imágenes de sus dibujos cambian. Los primeros garabatos y puntos ilustran el uso de habilidades motrices simples. No se establece una conexión real entre una imagen que se visualiza y lo que se crea en papel.

A los 3 años, el niño comienza a dibujar criaturas tenues con cabezas y no muchos otros detalles. Gradualmente, las imágenes comienzan a tener más detalles e incorporan más partes del cuerpo. Los bultos que parecían brazos se convierten en brazos y en las caras aparecen narices, labios y eventualmente pestañas.

Figura 7.3: Primeros garabatos. (Imagen de Wikimedia bajo licencia CC BY-SA 3.0)

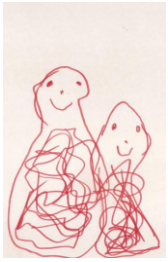


Figura 7.4: Criaturas con cabezas. (Imagen de torange.biz bajo licencia CC-BY 4.0)

Figura 7.5: Una cara con detalle. (Imagen de torange.biz bajo licencia CC-BY 4.0)

Crecimiento en los hemisferios y el cuerpo calloso

Entre los 3 y 6 años, el hemisferio izquierdo del cerebro crece dramáticamente. Este lado del cerebro o hemisferio generalmente está involucrado en las habilidades del lenguaje. El hemisferio derecho continúa creciendo durante la primera infancia y está involucrado en tareas que requieren habilidades espaciales, como el reconocimiento de formas y patrones. El **cuerpo calloso** que conecta los dos hemisferios del cerebro experimenta un crecimiento acelerado entre las edades de 3 y 6 y da como resultado una mejor coordinación entre las tareas del hemisferio derecho e izquierdo.

Contribuyentes y atribuciones

7. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood de Lumen Learning referencia a Psyc 200 Lifespan Psychology de Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 7.4: Desarrollo cerebral is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.5: Desarrollo de habilidades motrices

La primera infancia es el momento en que los niños se sienten especialmente atraídos por el movimiento y la canción. Los días están llenos de saltos, carreras, columpios y aplausos y cada lugar se convierte en un patio de juegos. ¡Incluso un restaurante ofrece la oportunidad de deslizarse en el asiento o desaparecer debajo e imaginarse ser una criatura marina en una cueva! Por supuesto, esto puede ser frustrante para un cuidador, pero es parte de la primera infancia.

Habilidades de motricidad gruesa

Los niños continúan mejorando sus habilidades motrices gruesas mientras corren y saltan. Con frecuencia les dicen a sus cuidadores "mírame" mientras saltan o ruedan cuesta abajo. Las canciones infantiles a menudo van acompañadas de movimientos o señales de brazos y piernas para dar la vuelta o moverse de izquierda a derecha.

Marcadores en la motricidad gruesa

Aquí tenemos una tabla que muestra la progresión de las habilidades motrices gruesas que normalmente los niños desarrollarán durante la primera infancia:

Tabla 7.2 – Marcadores en la motricidad gruesa (Developmental Milestones por CDC es de dominio público)

Edad habitual	Lo que la mayoría de los niños hacen a esta edad
3 años	• Trepa bien • Corre con facilidad • Pedalea un triciclo (bicicleta de 3 ruedas) • Sube y baja escaleras, un pie en cada escalón
4 años	• Salta y se para en un pie hasta por 2 segundos • Atrapa una pelota que rebota la mayoría de las veces
5 años	• Se para en un pie durante 10 segundos o más • Salta; puede ser capaz de brincar • Puede hacer una voltereta • puede usar el inodoro sin ayuda • Se columpia y trepa

Actividades para apoyar las habilidades motrices gruesas

Aquí mencionamos algunas actividades enfocadas en el juego que los niños pequeños disfrutan y que éstas apoyan el desarrollo de habilidades motrices gruesas.

- Triciclo
- Toboganes
- Columpios
- Sit-n-Spin
- Mini trampolín
- Bolos (también pueden usar botellas de refresco de plástico)
- Tienda de campaña (intente poner mantas sobre sillas y otros muebles para hacer un fuerte)
- Escaleras de juegos
- Puente colgante en el patio de recreo
- Túneles (intente poner frijoles debajo una silla de para que sea un desafío mayor
- Juego de pelota (patear, lanzar, atrapar)
- Simón dice
- Tiro al blanco con bolsas de frijoles, pelota, etc.
- Bailar/ moverse al ritmo de la música
- Impulsarse en el scooter o patineta mientras se está echado boca abajo

Figura 7.6: Niños manejando bicicleta juntos. (Imagen de Hanscom Air Force Base es de dominio público)

Habilidades de motricidad fina

Las habilidades motrices finas también se van refinando a medida que continúan desarrollando más destreza, fuerza y resistencia. Las habilidades motrices finas son muy importantes ya que son fundamentales para desarrollar habilidades de autoayuda y posteriormente las habilidades académicas (como la escritura).

Marcadores de la motricidad fina

La siguiente tabla muestra cómo progresan las habilidades motrices finas durante la primera infancia para los niños que normalmente se están desarrollando.

Tabla 7.3: Marcadores de la motricidad fina (Developmental Milestones de CDC es de dominio público)

Edad habitual	Lo que la mayoría de los niños hacen a esta edad
3 años	• Copia un círculo con lápiz o crayón • Hojea las páginas del libro de a una por vez • Construye torres de más de 6 bloque • Enrosca y desenrosca las tapas de las jarras o gira la manija de la puerta
4 años	• Sirve, corta con supervisión, y hace puré su propia comida. • Dibuja a una persona con 2 a 4 partes del cuerpo • Usa tijeras • Empieza a copiar algunas letras mayúsculas
5 años	• Puede dibujar a una persona con al menos 6 partes del cuerpo • Puede escribir algunas letras o números • Copia un triángulo y otras formas geométricas • Utiliza el tenedor y la cuchara y, a veces, un cuchillo de mesa

Actividades para apoyar las habilidades motrices finas

Aquí hay algunas actividades divertidas que ayudarán a los niños a continuar refinando sus habilidades motrices finas. Las habilidades motrices finas tardan más en desarrollarse que las habilidades motrices gruesas, por lo que es importante tener expectativas apropiadas para la edad y actividades basadas en el juego de los niños.

- Verter agua en un recipiente
- Dibujar y colorear
- El uso de tijeras
- Pintar con los dedos
- Juegos con los dedos y canciones (como Itsy, Bitsy araña)
- Plastilina
- Cordones y cuentas
- Practicar con pinzas, tenacitas y cuentagotas

Figura 7.7: Niños coloreando (Imagen de Spangdahlem Air Base es de dominio público)

This page titled 7.5: Desarrollo de habilidades motrices is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.6: El sueño en la primera infancia

Junto con la comida y el agua, el sueño es una de las necesidades fisiológicas más importantes del cuerpo humano: no podemos vivir sin él. El insomnio prolongado (es decir, la falta de sueño durante más de unos días) tiene graves efectos psicológicos y físicos. Investigaciones en ratas ha encontrado que una semana sin dormir conduce a la pérdida de la función inmune, y dos semanas sin dormir conduce a la muerte. Recientemente, los neurocientíficos han aprendido que al menos una función vital del sueño está relacionada con el aprendizaje y la memoria. Nuevos hallazgos sugieren que el sueño juega un papel crítico en marcar y almacenar recuerdos importantes, tanto intelectuales como físicos, y tal vez en hacer conexiones sutiles que no eran visibles durante las horas del día.[15]

¿Cuántas horas necesitamos dormir?

La cantidad de sueño que un individuo necesita varía dependiendo de múltiples factores, incluyendo la edad, la condición física, la condición psicológica y el esfuerzo energético. Al igual que cualquier otra característica humana, la cantidad de sueño que la gente necesita para funcionar mejor difiere entre las personas, incluso las de la misma edad y sexo.

Aunque no hay un número mágico de las horas de sueño, existen reglas generales sobre cuánto tiempo necesitan ciertos grupos según la edad. Por ejemplo, los niños necesitan dormir más por día para desarrollarse y funcionar correctamente: hasta 18 horas para los recién nacidos, con una tasa decreciente a medida que el niño crece. Un bebé recién nacido pasa casi 9 horas del día en sueño REM. A la edad de cinco años, solo se pasa un poco más de dos horas en REM. Los estudios muestran que los niños pequeños necesitan entre 10 y 11 horas de sueño, los adolescentes necesitan entre 8,5 y 9,25, y los adultos generalmente necesitan entre 7 y 9 horas.

Figura 7.8: Niño durmiendo. (Imagen de Peter Griffin es de dominio público)

Caminar dormido (Sonambulismo)

El caminar dormido (a veces llamado **sonambulismo**, o noctambulismo) hace que una persona se levante y camine durante las primeras horas de sueño. La persona puede sentarse y verse despierta (aunque en realidad está dormida), levantarse y caminar, mover objetos o vestirse o desvestirse. Tendrán la mirada en blanco y aun así podrán realizar tareas complejas. Algunas personas también hablan mientras duermen, dicen palabras sin sentido e incluso tienen discusiones con personas que no están allí. Una persona que camina dormida se confundirá al despertar y también puede experimentar ansiedad y fatiga.

El sonambulismo puede ser peligroso: se sabe de personas se lastiman gravemente durante los episodios de sonambulismo. Es más común en niños, pero también ocurre ocasionalmente en adultos. El sonambulismo en adultos está asociado con el alcohol, los sedantes, los medicamentos, las afecciones médicas y los trastornos mentales.

Terrores del sueño y trastorno de pesadilla

Los terrores del sueño se caracterizan por un despertar repentino del sueño profundo con un grito o llanto, acompañado de algunas conductas de miedo intenso. Los terrores del sueño generalmente ocurren en las primeras horas de sueño, durante la etapa 3 del sueño NREM. Los terrores nocturnos tienden a ocurrir durante los períodos al despertar del sueño delta (es decir, el sueño de onda lenta). Son peores que las pesadillas, pues causan: desorientación significativa, pánico y ansiedad. Estos episodios pueden durar hasta 10 minutos y la persona puede estar gritando y le es difícil despertar. En algunos casos, los terrores nocturnos continúan hasta la edad adulta.

Distinto de los terrores del sueño es el trastorno de pesadilla. También conocido como "trastorno de ansiedad del sueño", el trastorno de pesadilla se caracteriza por pesadillas frecuentes. Las pesadillas, que a menudo retratan al individuo en una situación que pone en peligro su vida o su seguridad personal, éstas generalmente ocurren durante la segunda mitad del proceso de sueño, la

etapa llamada REM. Aunque muchas personas experimentan pesadillas, aquellos con trastorno de pesadilla las experimentan con mayor frecuencia.[17]

Contribuyentes y atribuciones

15. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

17. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 7.6: El sueño en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño

Este entrenamiento generalmente ocurre después del segundo cumpleaños. Algunos niños muestran interés a los 2 años, pero otros pueden no estar listos hasta meses después. La edad promedio para que las niñas vayan al baño es de 29 meses, para los niños es de 31 meses, y el 98% de los niños reciben capacitación a los 36 meses (Boyse y Fitzgerald, 2010). La edad del niño no es tan importante como su preparación física y emocional. Si se comienza demasiado temprano, podría llevar más tiempo entrenar a un niño.

Según la clínica Mayo (2016b), las siguientes preguntas pueden ayudar a los padres a determinar si un niño está listo para ir al baño:

- ¿Parece su hijo estar interesado en usar el bacín o sillita para ir al baño, el inodoro, o en usar ropa interior?
- ¿Puede su hijo entender y seguir instrucciones básicas?
- ¿Su hijo le dice a través de palabras, expresiones faciales o postura cuándo necesita ir?
- ¿Su hijo permanece seco durante períodos de dos horas o más durante el día?
- ¿Se queja su hijo de pañales mojados o sucios?
- ¿Puede su hijo bajarse los pantalones y volver a subirlos?
- ¿Puede su hijo sentarse y levantarse de una silla para ir al baño?

Si un niño se resiste a ser entrenado o no tiene éxito después de algunas semanas, es mejor tomar un descanso e intentarlo nuevamente cuando muestre un interés más significativo en el proceso. La mayoría de los niños dominan primero el control de la vejiga durante el día, por lo general dentro de los dos o tres meses posteriores al entrenamiento constante para ir al baño. Sin embargo, la siesta y el entrenamiento nocturno pueden llevar meses o incluso años.

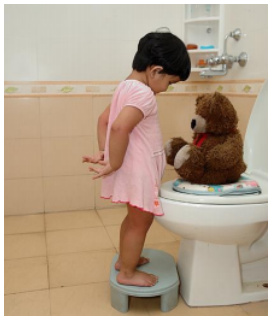


Figura 7.9: Niña que aprende a usar el baño. (Imagen by Manish Bansal is licensed under CC-BY-2.0)

Trastornos de eliminación

Algunos niños experimentan trastornos de eliminación que incluyen:

- **enuresis** - la micción repetida de orina en la cama o la ropa (involuntaria o intencional) después de los 5 años.
- **encopresis** - el paso repetido de las heces a lugares inapropiados (involuntarios o intencionales).

La prevalencia de enuresis es del 5% al 10% para los niños de 5 años, del 3% al 5% para los de 10 años y aproximadamente del 1% para los mayores de 15 años. Alrededor del 1% de los niños de 5 años tienen encopresis, y es más común en hombres que en mujeres. Estos trastornos son diagnosticados por un profesional médico y pueden requerir tratamiento.[19]

Contribuyentes y atribuciones

19. Lifespan Development: A Psychological Perspective by Martha Lally and Suzanne Valentine-French is licensed under CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia

La autoestimulación es común en la primera infancia tanto en niños como en niñas. La curiosidad sobre su cuerpo y sobre los cuerpos de los demás también es una parte natural de la primera infancia. Considere este ejemplo. Una niña le pregunta a su madre: "¿Entonces está bien ver las partes privadas de un niño siempre que sea la madre del niño o un médico?" La madre duda un poco y luego responde: “Sí. Creo que está bien ". "Hmmm", comienza la niña, "¡Cuando sea grande, quiero ser médico!". Si bien este tema puede ser incómodo de tratar, los cuidadores pueden enseñar a los niños a estar seguros y saber lo que es apropiado sin asustarlos o causarles vergüenza.

A medida que los niños crecen, es más probable que muestren sus genitales a sus hermanos o compañeros, y se quiten la ropa y se toquen (Okami et al., 1997). La masturbación es común tanto en niños como en niñas. Los niños a menudo muestran a otros niños cómo masturbarse. Pero las niñas tienden a descubrirlo accidentalmente. Los niños se masturban más a menudo y se tocan más abiertamente que las niñas (Schwartz, 1999).

Los cuidadores deben responder a esto sin alarmas indebidas y sin hacer que el niño se sienta culpable de su cuerpo. En cambio, comentarios sobre lo que está pasando, el momento y lugar apropiados para tales actividades ayudan al niño a aprender lo que es apropiado.[20]

Contribuyentes y atribuciones

20. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood de Lumen referencia Psyc 200 Lifespan Psychology de Laura Overstreet, bajo licencia CC BY-SA 3.0

This page titled 7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.9: Salud en la primera infancia

Si bien los niños en edad preescolar se están volviendo cada vez más independientes, dependen de sus cuidadores para conseguir protección y seguir promoviendo su salud.[21]

Obesidad infantil

La **obesidad infantil** es un problema de salud complejo. Ocurre cuando un niño está muy por encima del peso normal o saludable para su edad y estatura. La obesidad infantil es un problema grave en los Estados Unidos ya que pone en riesgo la salud de los niños. En 2015-2016, el 13,9% de los niños de 2 a 5 años eran obesos.

El lugar donde viven las personas puede afectar su capacidad de tomar decisiones saludables. La obesidad afecta desproporcionadamente a los niños de familias de bajos ingresos.

Causas de obesidad

Las causas del exceso de peso en los jóvenes son similares a las de los adultos, incluyendo factores como el comportamiento y la genética de la persona. Los comportamientos que influyen en el aumento de peso excesivo incluyen:

- comer alimentos ricos en calorías y bajos en nutrientes
- no hacer suficiente ejercicio
- actividades sedentarias (como mirar televisión u otros dispositivos)
- uso de medicamento
- rutinas de sueño

Figura 7.10: Niña viendo la televisión en lugar de jugar. (Imagen por Melissa Gutierrez bajo licencia CC-BY-2.0)

Consecuencia de la obesidad

Las consecuencias de la obesidad infantil son tanto inmediatas como a largo plazo.

Puede afectar el bienestar físico, social y emocional.

- Otros riesgos de salud inmediatos
  - La presión arterial alta y colesterol alto, que son factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV).
  - Mayor riesgo de intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2.
  - Problemas respiratorios, como asma y apnea del sueño.
  - Problemas articulares y molestias musculoesqueléticas.
  - Enfermedad del hígado graso, cálculos biliares y reflujo gastroesofágico (es decir, ardor de estómago).
- La obesidad infantil también está relacionada con:
  - Problemas psicológicos como ansiedad y depresión.
  - Baja autoestima y una calidad de vida inferior referida por la misma persona. y una equivocada percepción de la calidad de vida de uno.
  - Problemas sociales como el acoso y estigma.
- Riesgos de salud futuros
  - Los niños que son obesos tienen más probabilidades de convertirse en adultos con obesidad. 11
  - La obesidad en adultos se asocia con un mayor riesgo a tener una serie de afecciones de salud graves, como enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2 y cáncer.

- Si los niños tienen obesidad, es probable que sus factores de riesgo de obesidad y enfermedades en la edad adulta sean más graves.[23]

Alergia a los alimentos

Una **alergia alimentaria** ocurre cuando el cuerpo tiene una reacción específica inmune a ciertos alimentos. La respuesta inmune del cuerpo puede ser grave y potencialmente mortal, como la anafilaxia. Aunque el sistema inmunológico normalmente protege a las personas de los gérmenes, en las personas con alergias alimentarias, el sistema inmunológico responde erróneamente a los alimentos como si fueran perjudiciales.

Ocho alimentos o grupos de alimentos representan el 90% de las reacciones alérgicas graves en los Estados Unidos, estos son: leche, huevos, pescado, crustáceos, trigo, soja, maní y nueces de árbol.

Los síntomas y la gravedad de las reacciones alérgicas a los alimentos pueden variar de persona a persona, y también pueden ser diferentes para una misma persona con el tiempo. La anafilaxia es una reacción alérgica repentina y grave que puede causar la muerte.4 No todas las reacciones alérgicas desembocarán en anafilaxia.

- Los niños con alergias alimentarias tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de tener asma u otras afecciones alérgicas que aquellos sin alergias alimentarias.
- La prevalencia de alergias alimentarias entre los niños aumentó un 18% durante 1997-2007, y las reacciones alérgicas a los alimentos se han convertido en la causa más común de anafilaxia en entornos de salud comunitaria.
- Aunque es difícil de medir, la investigación sugiere que aproximadamente el 4% de los niños y adolescentes se ven afectados por alergias alimentarias.

Los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) recomiendan que, como parte del mantenimiento de un entorno saludable y seguro para los niños, los cuidadores deben:

- Tener en cuenta las alergias alimentarias.
- Eduque a otros niños y a todos los adultos que cuidan a un niño sobre las alergias alimentarias.
- Garantizar el manejo diario adecuado de las alergias alimentarias.
- Estar preparado para emergencias de alergia alimentaria.[24]

Salud bucodental

La caries dental es una de las afecciones crónicas más comunes de los niños en los Estados Unidos. La caries dental no tratada puede causar dolor e infecciones que pueden provocar problemas al comer, hablar, jugar y aprender. La buena noticia es que la caries dental se puede prevenir. El barniz de flúor, un recubrimiento de fluoruro de alta concentración que se aplica en los dientes, puede prevenir aproximadamente un tercio (33%) de las caries en los dientes primarios (de leche). Los niños que viven en comunidades con agua corriente fluorada tienen menos dientes cariados que los niños que viven en áreas donde el agua corriente no es fluorada. Del mismo modo, los niños que se cepillan diariamente con pasta dental con flúor tendrán menos caries.

Aplicar sellantes dentales a las superficies de masticación de los dientes posteriores es otra forma de prevenir la caries dental. Los estudios en niños muestran que los selladores reducen la caries en los molares permanentes en un 81% durante 2 años después de que se colocan en el diente y continúan siendo efectivos durante 4 años después de la colocación.[25]

La primera visita al dentista debe suceder después de la salida del primer diente. Después de eso, los niños deberían ver al dentista cada seis meses.[26]

Figura 7.11: Un dentista revisando los dientes de una niña. (Imagen by Keesler Air Force Base es de dominio público)

Protección contra enfermedades

Dos formas importantes de ayudar a proteger a los niños de enfermedades son las vacunas y el lavado de manos.

Vacunas

Si bien las vacunas comienzan en la infancia, es importante que los niños reciban dosis adicionales de vacunas para mantenerse protegidos. Estos refuerzos, administrados entre las edades de 4 y 6, son dosis de las vacunas que recibieron antes, son para ayudarlos a mantener una mejor protección contra las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas.

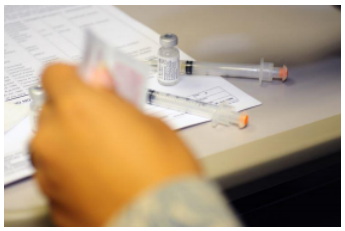


Figura 7.12: Vacunas. (Imagen by Ramstein Air Base is in the public domain

Muchos estados requieren que los niños estén completamente vacunados (a menos que tengan una razón médica para estar exentos) antes de que puedan inscribirse en una escuela pública o un centro de cuidado infantil con licencia. Si se hubieran omitido las vacunas, un profesional de salud puede ayudar a los cuidadores del niño a crear un programa para asegurarse de que el niño "se ponga al día" correctamente con el programa de vacunación infantil recomendado.[29]

Lavado de manos

El lavado de manos es una de las mejores formas de prevenir la propagación de enfermedades. Es importante que los niños (y los adultos) se laven las manos con frecuencia, especialmente cuando es probable que hayan contraído y puedan propagar gérmenes, incluyendo:

- Antes, durante y después de preparar la comida.
- Antes de comer.
- Después de limpiarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de ir al baño.
- Después de tocar un animal, alimento para animales o desechos de animales.
- Después de tocar la basura.

Es importante que los niños aprendan a lavarse las manos adecuadamente. Al lavarse las manos, los niños (y los adultos) deben seguir siempre estos cinco pasos.

1. Mójese las manos con agua limpia y corriente (tibia o fría), cierre el grifo y aplique jabón.
2. Enjabónate las manos frotándolas con el jabón. Enjabona también el dorso de tus manos, entre tus dedos y debajo de tus uñas.
3. Frota tus manos por al menos 20 segundos. ¿Necesitas un cronómetro? Tararea o canta la canción de feliz cumpleaños o el abecedario de principio a fin dos veces.
4. Enjuágate las manos con agua corriente limpia.
5. Seca tus manos con una toalla limpia o con un secador de aire.[30]

Figura 7.13: Una madre ayudando a su hijo a lavarse las manos. (Imagen es de dominio público)

Los cuidadores pueden ayudar a mantener los niños saludables al:

- Enseñándoles buenas técnicas de lavado de manos.

- Recordando a sus niños que se laven las manos.
- Lavarse las manos junto con los niños.[32]

Contribuyentes y atribuciones

21. Prevalence of Childhood Obesity in the United States por CDC es de dominio público

24. Food Allergies in Schools por CDC es de dominio público

25. Children's Oral Health by the CDC es de dominio público

26. Contenido de Jennifer Paris bajo licencia CC BY 4.0

29. Vaccines for Your Children: Protect Your Child at Every Age by the CDC is in the public domain

30. Wash Your Hands de CDC es de dominio público

32. Handwashing: A Family Activity by the CDC es de dominio público

---

This page titled 7.9: Salud en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.10: Seguridad

Las lesiones infantiles se pueden prevenir, sin embargo, más de 9,000 niños (de 0 a 19 años) murieron por lesiones en Estados Unidos en 2009. Los accidentes automovilísticos, asfixia, ahogamiento, envenenamiento, incendios y caídas son algunas de las formas más comunes en que los niños se lastiman o mueren. El número de niños que mueren por lesiones cayó casi un 30% en la última década. Sin embargo, las lesiones siguen siendo la causa número 1 de muerte entre los niños.[33]

Durante la primera infancia los niños tienen más riesgo de sufrir ciertas lesiones. Usando datos de 2000-2006, los CDC determinaron que:

- El ahogamiento fue la principal causa de muerte entre niños de 1 y 4 años de edad.
- Las caídas fueron la principal causa de lesiones no fatales para todos los grupos de edad menores de 15 años.
- Para los niños de 0 a 9 años, las siguientes dos principales causas fueron: ser golpeado por o contra un objeto y mordeduras de animales o picaduras de insectos.
- Las tasas de incendios, quemaduras y ahogamiento fueron más altas para niños de 4 años o menos.[34]

En la siguiente tabla veremos el resumen de algunos consejos de los CDC para proteger a los niños de estas lesiones:

Tabla 7.4 – Prevención de lesiones

Tipo de lesión	Consejos para prevenir lesiones
Quemaduras	• Tener detectores de humo en cada piso y en todos los dormitorios • Involucre a los niños en la planificación y creación de un plan de escape, luego practíquenlo. • Nunca deje comida cocinándose en la estufa sin supervisión; también supervise cualquier uso de microondas • Asegúrese de que el calentador de agua esté configurado a 120 grados o menos.[35]
Ahogamientos	• Asegúrese de que los cuidadores estén capacitados en RCP (Reanimación cardiopulmonar) • Coloque cercas a las piscinas; las puertas deben cerrarse y bloquearse automáticamente • Que los niños usen chalecos salvavidas dentro y alrededor de cuerpos de agua naturales. • Supervise a los niños dentro o cerca del agua (incluida la bañera).[36]
Caídas	• Asegúrese de que las superficies del patio de recreo sean seguras, suaves y estén hechas de material que amortigüe impactos (como aserrín o arena) que tengan una profundidad adecuada y que estén bien mantenidas. • Use dispositivos de seguridad (como protectores de ventanas) • Asegúrese de que los niños usen equipo de protección durante los deportes y la recreación (como cascos de bicicleta) • Supervise a los niños en posibles lugares con peligro de caídas en todo momento.[37]

Tipo de lesión	Consejos para prevenir lesiones
Envenenamiento	• Guarde bajo llave todos los medicamentos y productos tóxicos (como soluciones de limpieza y detergentes) en su embalaje original fuera de la vista y del alcance de los niños. • Sepa el número de Control de envenenamiento (1-800-222-1222) • Lea y siga las etiquetas e instrucciones de todos los medicamentos. • Deseche de manera segura los medicamentos recetados no utilizados, innecesarios o vencidos, vitaminas y suplementos de venta libre.[38]
Accidente de motor, en el vehículo.	• Los niños aún deben estar sujetos de forma segura en un asiento de seguridad con arnés de cinco puntos. • L os niños deben estar en el asiento trasero. • Los niños no deben sentarse frente a una bolsa de aire.

Accidente de motor, de peatón.	• Enseñe a los niños sobre seguridad, incluyendo:
	  ◦ Caminar por la acera
	  ◦ Que no asuman que los vehículos lo verán o se detendrán.
	  ◦ Cruzar solo en cruces peatonales
	  ◦ Mirar a ambos lados antes de cruzar
	  ◦ Nunca jugar en la calle o carretera.
	  ◦ No cruzar la calle sin la compañía de un adulto
	• Supervise a los niños cerca de todas las carreteras y sea un ejemplo de comportamiento seguro como peatón.[39]

Figura 7.14: Niños jugando en los juegos infantiles en un parque. (Imagen es de dominio público.)

Contribuyentes y atribuciones

33. Child Injury de CDC es de dominio público
34. Burn Prevention por CDC es de dominio público
35. Burn Prevention by the CDC is in the public domain
36. Drowning Prevention por CDC es de dominio público
37. Poisoning Prevention por CDC es de dominio público
38. Road Traffic Safety por CDC es de dominio público
39. Safety Tips for Pedestrians por Pedestrian and Bicycle Information Center es de dominio público

This page titled 7.10: Seguridad is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

7.S: Conclusión

En este capítulo vimos:

- Las características físicas de los niños en edad preescolar.
- Alimentación saludable.
- Cambios en el cerebro.
- El desarrollo de las habilidades motrices y las formas apropiadas apoyar ese desarrollo.
- Sueño y trastornos del sueño.
- El entrenamiento para ir al baño y trastornos de eliminación
- Desarrollo sexual en la primera infancia.
- Y formas de mantener a los niños sanos y seguros.

En el próximo capítulo veremos cómo los niños entienden el mundo y sus habilidades de comunicación.

This page titled 7.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia

Objetivos

Después de leer este capítulo podrás:

1. Comparar y contrastar las ideas de Piaget y Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo.
2. Explicar el papel del procesamiento de información en el desarrollo cognitivo.
3. Discutir cómo los niños en edad pre escolar entienden sus palabras.
4. Poner los marcadores cognitivos y lingüísticos en el orden en el que aparecen en el desarrollo típico de los niños.
5. Discutir como la educación temprana de un niño apoya su desarrollo y como nuestro entendimiento del desarrollo afecta a la educación.
6. Describir el trastorno del espectro autista, incluyendo sus características y posibles intervenciones.

La primera infancia es un tiempo para imaginar, para mezclar hechos con ficción, y para aprender a pensar en el mundo usando el lenguaje. A medida que los niños pequeños van dejando la necesidad de tocar, sentir y escuchar sobre el mundo para aprender algunos principios básicos sobre cómo este funciona, ellos mantienen algunas ideas iniciales. Por ejemplo, mientras los adultos no tienen ningún problema con darse un baño, un niño de tres años podría estar genuinamente preocupado de ser tragado por el drenaje.[1]

Un niño podría ponerse a protestar si se le dijera que algo va a suceder “mañana” pero estaría presto para aceptar una explicación de que un evento va a ocurrir “hoy después de que durmamos”. O el pequeño niño podría preguntar, ¿Cuánto tiempo nos quedaremos? , de aquí hasta aquí, mientras muestra dos puntos en una mesa. Conceptos como mañana, el tiempo, tamaño y distancia no son fáciles de entender a esa temprana edad. Entender tamaños, tiempo, distancia, hechos y realidades, son todos tareas que son parte del desarrollo cognitivo en los años preescolares.[3]

Referencias

[1] Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

[3] Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, Bajo licencia CC BY 4.0

8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
8.3: Procesamiento de información
8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo
8.6: Desarrollo Lingüístico
8.7: Educación en la primera infancia
8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia
8.9: Diferencias cognitivas
8.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/kids-girl...ebook-1093758/

This page titled 8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget

La etapa de Piaget que coincide con la infancia temprana es la **etapa pre-operacional.** La palabra operatoria se refiere a lo lógico, por lo que estos niños fueron enseñados a ser ilógicos. Sin embargo, ellos estaban aprendiendo a utilizar el lenguaje o a pensar en el mundo de manera simbólica. Examinemos algunas de las afirmaciones de Piaget sobre las habilidades cognitivas de los niños a esa edad.

El Juego simbólico

El juego simbólico es la actividad favorita durante este periodo. Un juguete tiene más funciones que la función original para el que fue diseñado, y ahora puede ser utilizado para tomar el papel de un personaje u objeto contrario a su propósito original. Un oso de peluche, por ejemplo, podría ser un bebé o la reina de una tierra muy lejana.

Figura 8.2: Una niña pretendiendo comprar artículos en una tienda de juguete. (Imagen por Ermalfaro está bajo licencia CC BY-SA 4.0)

De acuerdo a Piaget, el juego simbólico de los niños los ayuda a solidificar nuevos esquemas que estaban desarrollando cognitivamente. Este juego, por tanto, refleja cambios en sus concepciones o pensamientos. Sin embargo, los niños también aprenden mientras pretenden y experimentan. Su juego no simplemente representa lo que han estado aprendiendo. (Berk, 2007).

Egocentrismo

El Egocentrismo en la temprana infancia se refiere a la tendencia que niños pequeños tienen al pensar que todos ven las cosas de la misma manera que ellos. El experimento clásico de Piaget sobre el egocentrismo envuelve mostrar a niños un modelo tridimensional de una montaña y pedirles que describan qué es lo que ve una muñeca que está mirando la montaña desde un ángulo diferente. Los niños tienden a escoger un cuadro que representa su propia vista más que aquella que ve la muñeca. Sin embargo, los niños tienden a utilizar diferentes estructuras oracionales y vocabulario cuando se refieren a un niño más joven o a un adulto que es mayor. Esto indica cierta conciencia de las opiniones de los demás.

Figura 8.3: Experimento de Piaget sobre el egocentrismo. (Imagen por Rosenfeld Media está bajo licencia CC BY 2.0)

Sincretismo

El sincretismo se refiere a la tendencia de pensar que, si dos eventos ocurren simultáneamente, uno causo al otro. Un ejemplo de esto es un niño que se pone su traje de baño para que el tiempo cambie a verano.

Animismo

El **animismo** se refiere a atribuir características vivas a objetos. La taza está viva, la silla que cayó y golpeó el tobillo del niño es mala, y los juguetes deben quedarse en casa porque están cansados. Las caricaturas frecuentemente muestran objetos que parecen

estar vivos y adquieren cualidades realistas. Pareciera que los niños pequeños piensan que los objetos que se mueven podrían estar vivos, pero después de los tres años, ellos raramente hablan de objetos como si estuvieran vivos (Berk, 2007).

Errores de Clasificación

Los niños pre-operacionales tienen dificultad al entender que un objeto puede ser clasificado en más de una manera. Por ejemplo, si se le muestran tres botones blancos y cuatro botones negros y les preguntáramos si hay más botones negros, o si hay más botones, el niño estaría inclinado a responder que hay más botones negros. A medida que el vocabulario del niño va mejorando y más esquemas se van desarrollando, la habilidad de clasificar objetos aumenta.[6]

Errores en la conservación

La conservación se refiere a la habilidad de reconocer que, mover o reorganizar materia no cambia la cantidad de esta. Veamos un ejemplo. Un papá da una porción de Pizza a Keiko que tiene 10 años y otra porción a Kenny que tiene 3 años. La porción de pizza de Kenny fue cortada en 5 pedazos por lo que él le dijo a su hermana Keiko que él había recibido más pizza que ella. Kenny no entendió que el cortar su pizza en pedazos más pequeños no aumentó el tamaño total de su porción. Esto fue porque Kenny mostró **Centración,** o se enfocó en solo una característica de un objeto para excluir a las otras.

Kenny se enfocó en las cinco piezas de pizza comparadas a la pieza de pizza de su hermana incluso cuando el monto total era el mismo. Keiko fue capaz de considerar varias características en un objeto que tan solo una. Ya que los niños no han desarrollado este entendimiento de conservación, ellos no pueden efectuar operaciones mentales.

El experimento clásico de Piaget asociado con la conservación envuelve líquidos. (Crain,2005). Como se ve abajo, se le muestra al niño dos vasos (como se muestra en a.) que están llenados al mismo nivel, entonces se les pregunta si estos tienen la misma cantidad de líquido, usualmente el niño está de acuerdo en que tienen la misma cantidad. El investigador ahora echa el líquido de un vaso a otro que es más alto y delgado (como muestra la b). Se le pregunta nuevamente al niño si los dos vasos tienen la misma cantidad de líquido. El niño Pre-operacional típicamente dirá que el vaso más alto tiene más líquido solo porque este es más alto. El niño se enfoca en la altura del vaso y falla en conservar.[7]

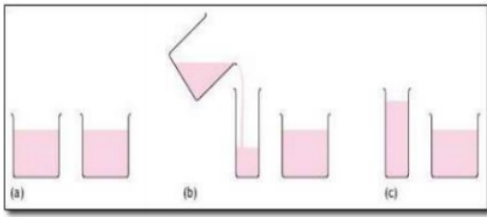


Figura 8.4: Experimentos de Piaget conservación de líquido. (Imagen por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0)

Esquemas cognitivos

Como se introdujo en el primer capítulo, Piaget creía que, en la búsqueda de equilibrio cognitivo, utilizamos esquemas (Categorías de conocimiento) para tener sentido del mundo. Y cuando nuevas experiencias encajan en esquemas existentes, utilizamos la asimilación para incluir ese nuevo conocimiento al esquema. Pero cuando nuevas categorías no encajan en un esquema existente, utilizamos la adaptación para añadir un nuevo esquema. Durante la temprana infancia, los niños utilizan la adaptación frecuentemente mientras construyen su entendimiento del mundo que los rodea.

Contribuyentes y atribuciones

6. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

7. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo

Como se introdujo en el capítulo 1, Lev Vygotsky fue un psicólogo ruso que discutió que la cultura tiene un impacto mayor en el desarrollo cognitivo de un niño. El creía que las interacciones sociales con adultos y compañeros con más conocimientos pueden facilitar el potencial de aprendizaje de un niño. Sin esta instrucción interpersonal, el creía que las mentes de los niños no avanzarían muy lejos ya que su conocimiento se basaría solo en sus propios conocimientos. Revisemos algunos de los conceptos clave de Vygotsky.

Zona de desarrollo proximal y mecanismos de apoyo que facilitan el aprendizaje autónomo.

El mayor concepto conocido de Vygotsky es la Zona de Desarrollo Proximal (ZDP). Vygotsky declara que los niños deben ser enseñados en la ZDP, lo que ocurre cuando ellos pueden efectuar una tarea con asistencia, pero aún no por sí mismos. Con el tipo correcto de enseñanza, ellos pueden efectuarla con éxito. Un buen maestro identifica la ZDP de un niño y lo ayuda a ir más allá. Entonces el adulto (el maestro) gradualmente va retirando el apoyo hasta que el niño pueda efectuar su tarea sin ayuda. Investigadores han aplicado la metáfora de los Andamios (las plataformas en las que los constructores se paran temporalmente) a este tipo de enseñanza. Estos mecanismos de apoyo que facilitan el aprendizaje autónomo son el apoyo temporal que los padres y maestros brindan al niño para hacer una tarea.

Figura 8.5: Zona de desarrollo proximal. (Imagen por Dcoetzee está bajo licencia CC0 1.0)

Habla privada

¿Alguna vez hablas contigo mismo?, ¿Por qué? Posiblemente esto ocurra cuando estas luchado con un problema, tratando de recordar algo, o te sientes muy emocional sobre alguna situación. Los niños hablan consigo mismos también. Piaget interpreto esto como **habla egocéntrica** o una práctica en la que se involucra la inhabilidad de un niño de ver cosas desde el punto de vista de otra persona. Vygotsky, sin embargo, creía que los niños hablan consigo mismos para resolver problemas o aclarar sus pensamientos. Hasta que los niños aprendan a pensar en palabras, ellos lo hacen en voz alta primero hasta que eventualmente cierren sus labios y se envuelvan en **habla privada** o habla interna**.**

Pensar con voz alta eventualmente se convierte en pensamiento acompañado de habla interna, y hablar consigo mismo se convierte en una práctica que solo hacemos cuando tratamos de aprender algo o recordar algo. Esta habla interna no es tan elaborada como el habla que utilizamos para comunicarnos con otros (Vygotsky, 1962).[10]

Contraste con Piaget

Piaget era muy crítico de la instrucción dirigida por un maestro, creía que los maestros que toman el control del aprendizaje del niño ponen al niño en una posición pasiva (Crain, 2005). Más allá de ello, los maestros estarían presentando ideas abstractas sin que el niño este realmente entendiendo, en vez de eso el solo repetirá lo que escuchó. Piaget creía que los niños debían recibir la oportunidad de descubrir conceptos por ellos mismos. Como previamente se dijo, Vygotsky no creía que los niños pudieran lograr un alto nivel cognitivo sin la instrucción de individuos más preparados. ¿Quién está en lo correcto? Ambas teorías ciertamente contribuyen a nuestro entendimiento de como los niños aprenden.

Contribuyentes y atribuciones

10. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.3: Procesamiento de información

Information processing researchers have focused on several issues in cognitive development for this age group, including improvements in attention skills, changes in the capacity, and the emergence of executive functions in working memory. Additionally, in early childhood memory strategies, memory accuracy, and autobiographical memory emerge. Early childhood is seen by many researchers as a crucial time period in memory development (Posner & Rothbart, 2007).

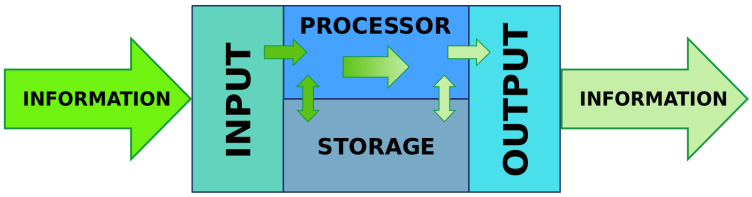


Figura 8.6: Cómo la información es procesada. (Imagen por Gradient drift es de dominio público)

Atención

Los cambios de la atención se han descrito por muchos como la clave para los cambios en la memoria humana (Nelson & Fivush, 2004; Posner & Rothbart, 2007). Sin embargo, la memoria no es una función unificada; está compuesta por sub procesos. La habilidad de cambiar nuestra atención entre tareas o estímulos externos es llamada **atención dividida** o **multifunción**. Esto va separado de nuestra habilidad de enfocarnos en una tarea o estímulo mientras se ignora la información que distrae, llamada **atención selectiva**. Diferente a esta es la **atención sostenida,** o la habilidad de hacer una sola tarea por largos períodos de tiempo. Además, también tenemos procesos de atención que influencian en nuestro comportamiento y nos permiten inhibir una respuesta habitual o dominante, y otros que nos permiten distraernos a nosotros mismos cuando estamos enojados o frustrados.

Atención dividida

Niños pequeños (3-4 años) tienen considerables dificultades al dividir su atención entre dos tareas, y frecuentemente actúan a niveles equivalentes a nuestro pariente cercano, el chimpancé, pero a los pocos años ya habrán superado al chimpancé (Hermann, Misch, Hernandez-Lloreda & Tomasello, 2015; Hermann & Tomasello, 2015). A pesar de estas mejoras, niños de 5 años continúan comportándose a un nivel más bajo que los niños en edad escolar, adolescentes y adultos.

Atención selectiva

La habilidad de los niños con las tareas de atención selectiva, mejora a medida que crecen. Sin embargo, esta habilidad se ve influenciada por el temperamento del niño (Rothbart & Rueda, 2005), la complejidad del estímulo o tarea, (Porporino, Shore, Iarocci & Burack, 2004), y más allá por si el estímulo es visual o auditivo, (Guy, Rogers & Cornish, 2013). Guy et al. (2013) encontró que la habilidad de los niños de selectivamente atender información sobrepasa aquella del estímulo autoritario. Esto podría explicar por qué niños pequeños no son capaces de escuchar la voz del maestro sobre la cacofonía de sonidos en una típica aula del ciclo pre escolar. (Jones, Moore & Amitay, 2015). Jones y sus colegas descubrieron que un niño de 4 a 7 años no puede filtrar los sonidos de ambiente, especialmente cuando sus frecuencias son similares al sonido enfocado. En comparación, niños de 8 a 11 años de edad normalmente se desenvuelven de igual manera que los adultos.

Figura 8.7: Un grupo de niños hacienda manualidades. (Imagen por Joint Base Charleston es de dominio público)

Atención prolongada

Muchos cálculos de atención prolongada generalmente piden al niño que pase varios minutos concentrándose en una tarea, esperando un evento poco frecuente, mientras hay varias distracciones por varios minutos. Berwid, Curko-Kera, Marks & Halperin (2005) pidieron a niños de entre 3 a 7 años que apretaran un botón siempre que cierta “imagen señalada” se muestre en el tablero,

pero debía contenerse de apretar el botón cuando cualquier otra imagen que no sea la “imagen señalada” se mostrara. Mientras más pequeño era el niño, más dificultad tenían él o ella para mantener su atención.

Figura 8.8: Una niña juega un juego que mide su atención prolongada. (Imagen por Fabrice Florin está bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Memoria

En base a estudios con adultos, personas con amnesia, y estudios neurológicos sobre la memoria, investigadores han propuesto varios “Tipos” de memoria (vea figura 4.14). **Memoria sensorial** (también llamada el registro sensorial) es la primera etapa del sistema de la memoria, y guarda información sensorial desde su forma inicial durante un tiempo bastante corto, pero esencialmente suficiente para que el cerebro registre y comience a procesar la información. Estudios sobre la memoria sensorial auditiva demuestran que dura como un segundo en un niño de 2 años, dos segundos en uno de 3 años, más de dos segundos en un niño de 4 años y tres a cinco segundos en un niño de 6 años (Glass, Sachse, & von Suchodoletz, 2008). Otros investigadores también han descubierto que niños pequeños retienen un sonido por una duración más corta que niños mayores y adultos, y que este déficit no es debido a diferencias atencionales entre estos grupos de edades, pero refleja diferencias en el desenvolvimiento del sistema de memoria sensorial (Gomes et al., 1999). La segunda etapa del sistema de la memoria es llamada de corto plazo o **memoria funcional**. La memoria funcional es el componente de la memoria en la cual ocurre la actividad mental actual.

La memoria funcional normalmente requiere de esfuerzo consiente y un adecuado uso de la atención para funcionar efectivamente. Como leíste antes, los niños en estas edades tienen dificultad con muchos aspectos de la atención y esto reduce grandemente su habilidad de conscientemente hacer malabares con piezas de información en su memoria. La capacidad de la memoria funcional, que es la cantidad de información que uno puede retener conscientemente, es más pequeña en niños pequeños que en niños más grandes y adultos. El típico adulto y adolescente puede retener activamente en su memoria a corto plazo un número de 7 dígitos. El típico niño de 5 años puede solamente retener activamente en su memoria un dígito de 4 números. Esto significa que mientras más compleja sea una tarea mental, menos eficiente será un niño pequeño en prestar atención y procesar activamente información para poder completar una tarea.

Figura 8.9: Un niño razonando. (Imagen por Leonid Mamchenkov está bajo licencia CC BY 2.0)

Cambios en la atención y en el Sistema de la memoria funcional también envuelven cambios en la Función ejecutiva. La **función ejecutiva (FE)** se refiere a procesos auto regulatorios, tal como la habilidad de inhibir un comportamiento o la flexibilidad cognitiva, que habilita respuestas adaptables a nuevas situaciones o ayuda a alcanzar objetivos específicos. Las habilidades de la función ejecutiva emergen gradualmente durante la infancia temprana y continúan desarrollándose durante la niñez y la adolescencia. Como muchos cambios cognitivos, la maduración del cerebro, especialmente la de la corteza prefrontal, junto con el experimentar la influencia del desarrollo de habilidades de la función ejecutiva.

Un niño demuestra habilidades ejecutivas superiores cuando los padres son más cálidos y receptivos, utilizan mecanismos de apoyo que facilitan el aprendizaje autónomo cuando el niño está intentando resolver un problema, y proveen ambientes cognitivamente estimulantes al niño. (Fay-Stammbach, Hawes & Meredith, 2014). Por ejemplo, los mecanismos de apoyo que facilitan el aprendizaje autónomo estaban positivamente correlacionados con una más alta flexibilidad cognitiva a la edad de dos años y con

control inhibitorio a los cuatro años (Bibok, Carpendale & Müller, 2009). En un estudio longitudinal de Schneider, Kron-Sperl y Hunnerkopf (2009) en 102 niños en jardín infantil, la mayoría de los niños no utilizaban una estrategia para recordar información, descubrimiento que fue de acuerdo con previas investigaciones. Como resultado el rendimiento de su memoria era pobre cuando se lo comparaba a sus habilidades mientras crecían y comenzaban a utilizar más efectivamente estrategias de memoria.

El tercer componente en la memoria es **la memoria a largo plazo,** la cual es también conocida como memoria permanente. Una división básica de la memoria a largo plazo está entre la memoria declarativa y la memoria no declarativa.

- **Memorias declarativas**, a veces se refiere a ellas como **memorias explícitas,** son recuerdos de hechos y eventos que podemos conscientemente recolectar. La memoria declarativa está divida en memoria semántica y episódica.
  - **Memorias semánticas** son hechos o conocimientos que no están ligados a eventos específicos en el tiempo.
  - **Memorias episódicas** están ligadas a eventos específicos en el tiempo.
- **Memorias no declarativas**, a veces se refiere a **memorias implícitas**, son típicamente habilidades automáticas que no requieren de recolección consiente.

Memoria autobiográfica. Es nuestra narrativa personal**.** Los adultos casi nunca recuerdan eventos de los primeros años de sus vidas. En otras palabras, carecemos de la memoria autobiográfica de nuestras experiencias como bebés, niños pequeños o jóvenes pre escolares. Muchos factores contribuyen al surgimiento de la memoria autobiográfica incluyendo la maduración del cerebro, mejoras en el lenguaje, oportunidades de hablar sobre experiencias con los padres y otras personas, el desarrollo de la teoría de la mente, y la representación de uno mismo (Nelson & Fivush, 2004). Niños de dos años recuerdan fragmentos de experiencias personales, pero estas son raramente relatos coherentes de fragmentos de eventos pasados (Nelson & Ross, 1980). Entre 2 a 3 años y medio de edad los niños pueden dar más información sobre experiencias pasadas, sin embargo, estas recolecciones requieren de mucha insistencia de parte de los adultos (Nelson & Fivush, 2004). En los siguientes años de su vida los niños van a formar memorias autobiográficas más detalladas e involucrarse en más reflexiones sobre el pasado.

Los Neo-Piagetianos

Como se discutió previamente, la teoría de Piaget fue criticada por varios frentes, y los **Neo-Piagetianos** han provisto actualizaciones para reflejar nuevos estudios, o también esos “nuevos” teoristas ha provisto “nuevas” interpretaciones a la teoría de Piaget. Morra, Gobbo, Marini y Sheese (2008) revisaron las teorías Neo-Piagetianas, que fueron presentadas primero en 1970, e identificaron, cómo estas “nuevas” teorías combinan los conceptos de Piaget con aquellos encontrados en el Procesamiento de Información. Similarmente a la teoría de Piaget las teorías Neo-Piagetianas creen en el constructivismo, asumen que el desarrollo cognitivo puede ser separado en diferentes fases con características cualitativamente diferentes, y se avocan a que el pensamiento de los niños se vuelve más complejo en etapas más avanzadas. A diferencia de Piaget los Neo-Piagetianos creen que la complejidad de cada etapa es cambiada por aspectos del procesamiento de información y no así por lógica como determinó Piaget.

Los Neo-Piagetianos proponen que la capacidad de la memoria funcional es afectada por la maduración biológica, y por lo tanto restringe la habilidad de los niños de adquirir pensamientos más complejos y habilidades para razonar. El incremento del desempeño de la memoria funcional y de habilidades cognitivas coinciden con el ritmo de incremento de varios procesos del desarrollo neurológico. Esto incluye la mielinización, poda axonal y sináptica, cambios en el metabolismo cerebral y cambios en la actividad cerebral (Morra et al., 2008).

La mielinización especialmente ocurre en ondas entre el nacimiento y la adolescencia, y el grado de mielinización en áreas particulares explica la eficiencia del incremento de ciertas habilidades. Por lo tanto, la maduración del cerebro, que ocurre a chorros, afecta cuándo y cómo se desarrollan las habilidades cognitivas. Adicionalmente las teorías de los Neo-Piagetianos apoyan el hecho de que la experiencia y el aprendizaje interactúan con la maduración biológica al moldear el desarrollo cognitivo.[15]

Contribuyentes y atribuciones

15. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine está bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 8.3: Procesamiento de información is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo

Ambos Piaget y Vygotsky creían que los niños activamente tratan de entender al mundo que los rodea. Los profesionales en el desarrollo han añadido a este entendimiento al examinar cómo los niños organizan la información y desarrollan sus propias teorías sobre el mundo.

Teoría - Teoría

La tendencia de los niños de generar teorías para explicar todo lo que encuentran se denomina **Teoría - teoría**. Este concepto insinúa que los humanos se inclinan naturalmente a buscar razones y generar explicaciones de por qué ocurren las cosas. Los niños frecuentemente formulan preguntas sobre lo que ven o escuchan a su alrededor. Cuando las respuestas provistas no satisfacen su curiosidad o son muy difíciles de entender, ellos generan sus propias teorías. Los niños hacen igual que muchas de las formas en que los científicos construyen y revisan sus teorías, con sus intuiciones sobre el mundo a medida que se encuentran con nuevas experiencias (Gopnik & Wellman, 2012). Una de las teorías que ellos comienzan a generar en la infancia temprana se centra en los estados mentales, de ellos mismos y de los demás.

Figura 8.9: ¿Qué teorías estará este niño creando? (Imagen por Eglin Air Force Base es de dominio público.)

La teoría de la mente

Teoría de la mente se refiere a la habilidad de pensar acerca de los pensamientos de otras personas. Esta lectura mental de la mente de otros, ayuda al ser humano a entender y predecir las reacciones de otros, por lo que juega un papel crucial en el desarrollo social. Un método común para determinar si un niño ha alcanzado este marcador mental es la tarea de la creencia falsa, descrita a continuación.

La investigación comenzó con el ingenioso experimento de Wimmer y Perner (1983), quienes probaron si un niño puede superar un examen de creencia falsa (vea la Figura 4.17). Se le muestra al niño una historia ilustrada de Sally, quien pone su pelota en una canasta y sale de la habitación. Mientras Sally está fuera de la habitación, Anne llega y saca el balón de la canasta y la pone dentro de una caja. Entonces se le pregunta al niño, ¿Dónde creerá Sally que está la pelota cuando entre a la habitación? ¿Dónde buscará ella primero, en la caja o en la canasta? La respuesta correcta es que ella buscará en la canasta, porque allí es donde ella la dejó y donde piensa que está; pero debemos deducir esta **creencia falsa** contra nuestro conocimiento real de que la pelota está en la caja.

Figura 8.10: Una pelota. (Imagen está bajo dominio público)

Figura 8.11: Una canasta. (Imagen está bajo licencia CC0)

Figura 8.12: Una caja. (Imagen está bajo dominio público)

Esto es muy difícil para los niños antes de los 4 años por el esfuerzo cognitivo que implica. Los niños de tres años tienen dificultad distinguiendo lo que una vez pensaban que era verdad con lo que ahora ellos saben que es verdadero. Ellos se sienten seguros de

pensar que lo que ellos saben es lo que ellos siempre supieron (Birch y Bloom, 2003). Incluso los adultos necesitan pensar con esta tarea (Epley, Morewedge, y Keysar, 2004).

Para ser exitosos al resolver este tipo de tareas, el niño debe separar lo que él o ella “saben” que es la verdad con lo que alguien más podría pensar que es verdadero. En términos de Piaget, tendrían que dejar la tendencia que tienen al egocentrismo. El niño debe también entender que lo que guía las acciones y respuestas de las personas es lo que ellas “Creen” más allá de lo que es la realidad. En otras palabras, la gente podría equivocadamente creer en cosas que son falsas y podrían actuar en base de este conocimiento falso. Consecuentemente antes de los cuatro años los niños raramente resolverán una tarea como esta exitosamente (Wellman, Cross & Watson, 2001).

Investigadores al examinar el desarrollo de la teoría de la mente, han estado preocupados por el énfasis excesivo en que el niño debe comprender las creencias falsas como la medida principal para comprobar si un niño ha alcanzado la Teoría de la mente. Wellman y sus colegas (Wellman, Fang, Liu, Zhu y Liu, 2006) sugieren que la teoría de la mente está compuesta por numerosos componentes, cada uno con su previo ciclo de desarrollo (vea la tabla 4.2).

Niños de dos años entienden la diversidad de deseos, sin embargo, como se mencionó antes no es hasta los cuatro o cinco años que los niños captan las creencias falsas, y frecuentemente no sino hasta la escuela media ellos entienden que la gente podría estar escondiendo lo que realmente siente. En parte, es porque los niños en su temprana infancia tienen dificultad al esconder como ellos realmente se sienten.

Diferencias culturales en la teoría de la mente

Niños en la temprana infancia en Estados Unidos, Australia, y Alemania desarrollan la teoría de la mente en la secuencia descrita más adelante. Sin embargo, pre escolares chinos e iraníes tienen acceso al conocimiento mediante diferentes creencias (Shahaeian, Peterson, Slaughter y Wellman, 2011). Shahaeian y sus colegas sugirieron que las diferencias culturales en la crianza podrían explicar esta reversión. Padres en culturas colectivistas, como la China e iraní, enfatizan la conformidad con los valores familiares y culturales, gran respeto a los mayores, y a la adquisición de conocimiento y habilidades académicas más que a que ellos logren habilidades autónomas y sociales. (Frank, Plunkett y Otten, 2010). Esto podría reducir el grado de conflictos por opiniones expresadas dentro de la familia. En contraste, culturas individualistas animan a los niños a pensar por ellos mismos y reivindicar sus propias opiniones, y esto podría incrementar el riesgo de tener conflictos por creencias expresadas por los miembros de la familia.

Figura 8.13: Una familia de una cultura no occidental. (Imagen por Giorgio Montersino está bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Como resultado, los niños en culturas individualistas pueden adquirir perspicacia en cuanto a la cuestión de la diversidad de creencias más temprano, mientras niños en culturas colectivistas podrían adquirir acceso al conocimiento más temprano en esta secuencia. El papel del conflicto para apoyar al desarrollo de la teoría de la mente podría contarse a edad temprana como un inicio del entendimiento de Creencias falsas en niños con hermanos, especialmente cuando los hermanos son mayores (McAlister & Petersen, 2007; Perner, Ruffman y Leekman, 1994).

Esta conciencia de la existencia de la teoría de la mente es parte de la inteligencia social, tal como reconocer que otros podrían pensar diferente sobre alguna situación. Nos ayuda a ser conscientes de que otros pueden pensar sobre nosotros en diferentes formas y nos ayuda a ser más comprensivos o a tener empatía con otros. Más aun esta habilidad de leer las mentes nos ayuda a anticipar y predecir las acciones de otros. La conciencia de los estados mentales de otros es importante para la comunicación y las habilidades sociales.[21]

Contribuyentes y atribuciones

21. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo

Las muchas teorías sobre el desarrollo cognitivo y las diferentes investigaciones que se han hecho sobre como los niños entienden al mundo, han permitido a los investigadores estudiar los marcadores en niños que están típicamente desarrollando su experiencia a temprana edad. Esta es una tabla que los resume.

Tabla 8.1 – Marcadores cognitivos (Developmental Milestones por la CDC es de dominio público)

Edad típica	Lo que la mayoría de los niños hace a esa edad
3 años	• Pueden manejar juguetes con botones, palancas, o partes que se mueven • Juega haciendo historias con muñecos, animales, y personas • Hace rompe cabezas de 3 o 4 piezas • Entiende lo que “dos” significa.
4 años	• Nombra algunos colores y números • Entiende la idea de contar • Comienza a entender el tiempo. • Recuerda partes de una historia • Entiende la idea de “lo mismo” y “diferente” • Juega con juegos de mesa o cartas • Te dice lo que él piensa que pasará después en un libro.
5 años	• Cuenta 10 o más cosas • Sabe sobre cosas que se utilizan diariamente, como el dinero y la comida.

This page titled 8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.6: Desarrollo Lingüístico

Desarrollo del Vocabulario

El vocabulario de un niño se expande entre los 2 a 6 años, de aproximadamente 200 palabras a 10,000 por medio de un proceso llamado mapeo rápido. Las palabras son fácilmente aprendidas haciendo conexiones entre nuevas palabras y conceptos que ya se conocen. Las partes de la expresión que se aprenden dependen del idioma y de lo que se enfatiza. Los niños que hablan idiomas amigables con los verbos como el chino y el japonés, tienden a estar más prestos a aprender sustantivos. Pero aquellos aprendiendo idiomas menos amigables con los verbos como el inglés parecen necesitar asistencia con la gramática para mejorar el uso de los verbos (Imai, et al, 2008).

Figura 8.14: Una mujer instruyendo a una niña sobre el vocabulario. (Imagen por el U.S. Department of the Interior es de dominio público.)

Significados literales

Los niños pueden repetir palabras y frases después de haberlas escuchado por una o dos veces. Pero no siempre entienden el significado de las palabras o frases. Esto es especialmente real en aquellas frases o figuras de expresiones que han sido tomadas literalmente. Por ejemplo, dos niñas de edad pre escolar comienzan a reírse mientras escuchan la grabación de “la bella durmiente” de Disney cuando el narrador dice “El príncipe Philip ha perdido la cabeza” Ellas imaginan su cabeza saliendo y rodando mientras el corre a buscarla. O una clase llena de pre escolares escucha al maestro decir “¡Wow!, ¡Eso fue pan comido!” El niño podría preguntar “¿Cuál pan? ¿Dónde está mi pan? ¡Quiero pan!

Sobre regularización

Los niños aprenden reglas de gramática mientras aprenden el lenguaje, pero podrían aplicar estar reglas inapropiadamente al principio. Por ejemplo, un niño aprende a añadir la “é” al final de una palabra para indicar el pasado en primera persona, y formar una oración como “yo fue allá”. Esto se da típicamente a los 2 a 3 años. Ellos pronto aprenderán nuevas palabras como “fui·” para ser utilizadas en esas situaciones.

El impacto del entrenamiento

¿Recuerda a Vygotsky y la zona de desarrollo proximal? Los niños pueden ser asistidos para aprender un lenguaje por otros que escuchan atentamente, que tienen pronunciaciones más exactas, y fomentan la elaboración. El niño grita “Yo fue allí” y el adulto responde “también fui allí”. Los niños podrían madurar con el lenguaje como sugirió Chomsky, pero, igualmente, es importante una participación activa para ayudarlos en su desarrollo del lenguaje. El proceso de los mecanismos de desarrollo que fomentan un aprendizaje autónomo es uno en el que el adulto (o compañeros más experimentados) proveen la asistencia necesaria al niño mientras este aprende nuevas habilidades.

Marcadores del lenguaje

Los aspectos primordiales del desarrollo lingüístico a la temprana infancia también pueden ser resumidos en el progreso de marcadores que los niños normalmente experimentan desde los 3 a los 5 años, esta es una tabla de los mismos.

Tabla 8.2 – Marcadores del lenguaje (Developmental Milestones por el CDC es de dominio público)

Edad típica	Lo que la mayoría de los niños hacen a esa edad

3 años	• Sigue instrucciones de 2 a 3 pasos • Puede hacer cosas familiares • Entiende palabras como “en,” “sobre,” y “dentro” • Dice su nombre, edad y sexo • Nombra a amigos • Dice palabras como “yo,” “mío,” “nosotros,” y “tu” y algunos plurales (autos, perros, gatos) • La mayor parte del tiempo habla lo suficientemente bien para que extraños lo entiendan. • Mantiene una conversación utilizando 2 o 3 oraciones
4 años	• Sabe algunas reglas básicas de gramática, como el uso correcto de “el” o “ella” • Canta una canción o recita un poema de memoria “Itsy Bitsy Araña” o “los pollitos dicen” • Cuenta historias • Puede decir su nombre y apellido
5 años	• Habla muy claramente • Cuenta una historia simple utilizando oraciones completas. • Utiliza el tiempo futuro, por ejemplo “la abuela vendrá aquí” • Dice nombres y direcciones

Ya que hemos identificado algunas áreas cognitivas del crecimiento en la temprana infancia, prestemos atención al tema de la escuela y sus variadas aplicaciones.

This page titled 8.6: Desarrollo Lingüístico is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.7: Educación en la primera infancia

El proveer educación pre escolar universal se ha vuelto un importante punto de presión en nuestro país para líderes federales, estatales y locales. En 2013 en su discurso del Estado de la Unión, el presidente Obama llamó al congreso a proveer a todos los niños educación pre escolar de alta calidad. El continúo apoyando la educación pre escolar universal en su agenda legislativa, y en diciembre de 2014 el presidente constituyó legisladores estatales y locales para la cumbre de la Casa Blanca sobre educación temprana (Secretario de Prensa de la Casa Blanca, 2014).

Sin embargo, la educación pre escolar universal cubriendo a todos los niños de cuatro años en el país requeriría de fondos significativos. Además, se ha estado debatiendo cuán efectivos son los centros preescolares al preparar a los niños para la escuela elemental, y qué es lo que realmente constituye la educación a temprana edad de alta calidad.

Para establecer un criterio para la designación de educación pre escolar de alta calidad, la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC por sus siglas en inglés) identifica 10 estándares (NAEYC, 2016). Estos incluyen:

- Promover relaciones positivas entre todos los niños y adultos.
- Un currículo que apoye el aprendizaje y desarrollo en las áreas social, emocional, física, lingüística, y cognitiva.
- Enfoques en la enseñanza que sean apropiados en su desarrollo, culturalmente y lingüísticamente.
- Evaluación del progreso de los niños para proveer información sobre el aprendizaje y el desarrollo.
- Que promueva la salud y nutrición del niño, mientras son protegidos de enfermedades y lesiones.
- Que los maestros posean los certificados educacionales, conocimiento, y compromiso para promover el aprendizaje de los niños.
- Establece y mantiene relaciones colaborativas con la familia
- Se establecen relaciones con agencias e instituciones en las comunidades de los niños como apoyo a las metas del programa.
- Que los ambientes físicos dentro y fuera sean seguros y bien mantenidos
- Que el personal administrativo y los que lideran estén bien calificados, sean efectivos, y mantengan sus licencias actualizadas en la respectiva Agencia del Estado.

Los padres deben evaluar el programa pre escolar utilizando el criterio de la NAEYC como guía y base para hacer preguntas que les ayudaran a elegir el mejor programa para su niño.

Figura 8.15: Niños haciendo manualidades en el ciclo preescolar. (Imagen por Seattle City Council es de dominio público)

Seleccionar el centro pre escolar correcto es también difícil ya que hay muchas clases de centros pre escolares disponibles. Zachry (2013) identificó Montessori, Waldorf, Reggio Emilia, High Scope, Creative Curriculum y Bank Street como tipos de programas de educación en la temprana infancia que se enfocan en el aprendizaje de los niños a través del descubrimiento. Los maestros actúan como facilitadores del aprendizaje y del desarrollo de los niños y crean actividades basadas en el nivel de desarrollo del niño. Esta es una tabla que resume las características de cada tipo de programa.

Tabla 8.3 – Tipos de programas de educación para la primera infancia (Gordon, A. M., & Browne, K. W. (2016). Beginning essentials in early childhood education. (3rd ed.). Cengage: Boston.)

Programa	Fundador	Características
Montessori	Dr. Maria Montessori	• Se refiere a las actividades de los niños como trabajo (no como juego); se da a los niños largos periodos de tiempo de trabajo • Se enfoca en el aprendizaje individual • Presenta mobiliario y áreas de trabajo definidas del tamaño de un niño • Los materiales son cuidadosamente elegidos y presentados al niño por el maestro • Presenta grupos de edades mezcladas • Los maestros deben estar certificados

Waldorf	Rudolf Steiner	• Se centra en el niño en su totalidad • Presenta conexiones a la naturaleza, aprendizaje sensorial, e imaginación • Provee largos bloques de tiempo para jugar • Retrasa la instrucción académica formal • El ambiente protege al niño de influencias negativas • Las Relaciones son importantes por lo que el grupo permanece junto por varios años (**looping**) • Los maestros deben estar certificados
Reggio Emilia	Loris Malaguzzi	• Los maestros y los niños construyen juntos el currículo. • Los Maestros son investigadores • El Ambiente es el tercer maestro y presenta belleza y orden • El aprendizaje del niño es documentado a través de varios métodos (1000 idiomas de los niños) • Tiene un atelier (estudio de arte) con un atelierista (artista) para instruir a los niños • Cree que los niños son competentes y capaces • Los niños permanecen juntos por 3 años • Los padres son socios de los maestros • La comunidad es una extensión de la escuela
High Scope	David Weikart	• Presenta áreas de aprendizaje definidas • Tiene 8 áreas de contenido con 58 indicadores clave del desarrollo • La consistencia de la rutina diaria es importante • Utiliza una secuencia de planificación- actuación-repaso en la que hacen un plan, le dan curso y reflexionan en el resultado. • Los maestros son compañeros y utilizan el registro de observación del niño (COR) para ayudar a evaluar al niño y planificar un currículo. • Utiliza procesos de 6 pasos para enseñar a los niños a resolver conflictos
Bank Street	Lucy Sprague Mitchell	• También referido como acercamiento del desarrollo interaccionista • El ambiente está arreglado en centros de aprendizaje • Se enfoca en adquirir experiencia dándoles largos períodos de tiempo • El maestro utiliza preguntas para posteriores exploraciones de los niños • Los Bloques son material primario en las aulas. • Se utilizan frecuentemente viajes de campo
Creative Curriculum	Diane Trister Dodge	• Se enfoca en el juego de los niños y actividades auto seleccionadas • El ambiente está arreglado en áreas de aprendizaje • Se dan largos bloques de tiempo para los juegos auto seleccionados • Utiliza proyectos como base de su currículo • Está basado en investigaciones e incluye un Sistema de evaluación

Head Start

Para los niños que viven en pobreza, Head Start ha estado proveyendo educación pre escolar desde 1965 cuando comenzó por el presidente Lyndon Johnson como parte de su lucha contra la pobreza. Actualmente sirve a aproximadamente un millón de niños y tiene un costo anual de aproximadamente 7.5 billones de dólares (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2015). Sin embargo, se han tenido preocupaciones constantes sobre la eficacia de Head Start desde que el programa comenzó. Armor (2015) revisó estudios existentes de Head Start y encontró que no hay ganancias duraderas, y que el niño promedio en Head Start no había aprendido más que niños que no habían recibido

Figura 8.16: Una fotografía del inicio de Head Start. (Imagen por Children's Bureau Centennial)

Un reciente reporte de Julio de 2015 evaluando la efectividad de Head Start viene del What Works Clearinghouse. El What Works Clearinghouse identifica investigación que provee evidencia confiable de la efectividad de programas y prácticas en educación, y es manejado por el Instituto de Servicios de Educación para el departamento de Educación de Los Estados Unidos. Después de revisar 90 estudios sobre la efectividad de Head Start, solo un estudio fue considerado científicamente aceptable, y ese estudio mostró resultados decepcionantes (Barshay, 2015). Este estudio muestra que niños de 3 a 4 años en Head Start recibieron "Potencialmente efectos positivos" en logros en la lectura general, pero no así efectos notorios en logros en matemáticas y desarrollo social y emocional.

Los diseños no experimentales son un problema significativo al determinar la efectividad de los programas de Head Start ya que se necesita un grupo de control para demostrar las diferencias de grupos que podrían demostrar beneficios educacionales. Por razones éticas, se provee a niños con pocos ingresos algún tipo programas de educación pre escolar en un marco alternativo. Adicionalmente, los programas de Head Start son diferentes de acuerdo a la ubicación, a estas diferencias se incluye la duración del día o calificación de los maestros. Finalmente, Examinar a pequeños niños es difícil y depende fuertemente de sus habilidades lingüísticas y su nivel de comodidad con su evaluador (Barshay, 2015).[28]

Contribuyentes y atribuciones

28. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine con permiso CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 8.7: Educación en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia

Se ha probado que entender como los niños piensan y aprenden, es útil para mejorar la educación. Actividades como jugar juegos que envuelven trabajar con números y relaciones espaciales, pueden dar a los niños más ventaja en su desarrollo que otros niños que tienen menos exposición a los mismos conceptos.

Matemáticas

Incluso antes de que entren al kinder, el conocimiento matemático de niños que vienen de entornos con bajos recursos está más retrasado que de aquellos que vienen de entornos más acomodados. Ramani y Siegler (2008) Dieron la hipótesis de que estas diferencias son debido a que aquellos niños de familias de ingresos medio a alto participan más frecuentemente en actividades numéricas, como por ejemplo jugar juegos de mesa numéricos como el de Serpientes y Escaleras. Serpientes y escaleras es un juego que tiene un número en cada cuadro; el niño comienza en el número uno y gira una ruleta o lanza un dado para determinar cuán lejos moverán su ficha. Jugar este juego parece ayudar a los niños sobre los números, ya que, en él, los números más grandes son asociados con valores más altos en una variedad de dimensiones, en particular. Mientras más alto sea el número que la ficha alcanza, más larga será la distancia que alcanza la ficha desde el punto de partida, mientras más sea la cantidad de movimientos físicos que el niño haya hecho al mover su ficha de un cuadro a otro, habrá mayor cantidad de palabras que el niño escuche, y mayor será el tiempo que pase desde el inicio del juego. Estas bases Espaciales, Kinestésicas, verbales, y basadas en el tiempo proveen un amplio fundamento multisensorial para el conocimiento de magnitudes numéricas (las medidas de los números), un tipo de conocimiento que está muy relacionado con las calificaciones de pruebas relacionadas con los logros matemáticos (Booth & Siegler, 2006).

Jugar estos juegos de mesa numéricos por alrededor de una hora, distribuida en un período de dos semanas, incrementa en los niños de bajos ingresos su conocimiento sobre magnitudes numéricas, su habilidad de leer números impresos, y la habilidad de aprender problemas aritméticos innovadores. Estas ventajas permanecen por meses después de la experiencia de haber jugado el juego. (Ramani & Siegler, 2008; Siegler & Ramani, 2009). Una ventaja de este tipo de intervención educacional es que tiene un costo mínimo y en caso de que hubiera algún costo, el padre podría solamente dibujar el juego en una hoja de papel.

Lectura

Investigaciones sobre el desarrollo cognitivo han demostrado que la conciencia fonética, que es conciencia de los componentes de los sonidos en las palabras, es una habilidad crucial al aprender a leer. Para medir la conciencia sobre los sonidos que componen una palabra, los investigadores piden a niños que decidan si dos palabras riman, que decidan si dos palabras comienzan con el mismo sonido, que identifiquen los sonidos que componen una palabra, y que indiquen que es lo que quedaría si cierto sonido fuera removido de una palabra .El desempeño de los niños en Kinder en esta tarea es el más grande predictor de los logros en lectura que se tendrán en tercer y cuarto grado, estos son incluso más fuertes que el IQ o el antecedente de clase social (Nation, 2008). Más aún, enseñar estas habilidades a niños de cuatro a cinco años elegidos al azar resultó en que ellos fueron mejores lectores años después (National Reading Panel, 2000).

Maduración continua del cerebro.

Entender el desarrollo cognitivo, es avanzar desde diferentes frentes. Un área emocionante es enlazar los cambios en la actividad cerebral con los cambios en el pensamiento de los niños (Nelson et al., 2006). Aunque muchas personas creen que la maduración del cerebro es algo que ocurre antes del nacimiento, el cerebro en realidad continúa haciendo cambios en grandes maneras por muchos años después. Por ejemplo, una parte del cerebro llamada la Corteza prefrontal, que está localizada al frente del cerebro y está particularmente envuelta con la planificación y la resolución flexible de problemas, continúa desarrollándose a través de la adolescencia (Blakemore & Choudhury, 2006). Este tipo de nuevos ámbitos de investigación, así como cuestiones perdurables como la naturaleza, crianza, continuidad, discontinuidad y como aplicar las investigaciones sobre desarrollo cognitivo en la educación, aseguran que el desarrollo cognitivo continuará siendo una emocionante área de investigación en los próximos años.[29]

Contribuyentes y atribuciones

29. Children's Development por Ana R. Leon bajo licensia CC BY 4.0

This page titled 8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.9: Diferencias cognitivas

A veces el cerebro de los niños actúa de manera diferente. Una forma de esta neurodiversidad es el **Trastorno del espectro autista.** neurodiversity is **Autism spectrum disorder**.

Autismo: Se define el trastorno del espectro

El trastorno del espectro autista (TEA) describe un rango de condiciones clasificadas como desórdenes de desarrollo neurológico en la quinta versión del Manual de diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5). El DSM-5, publicado en 2013, redefine el espectro autista para incluir el previo (DSM-IV-TR) diagnóstico de autismo, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no especificado (PDD-NOS), y el trastorno disociativo de la infancia. Estos desordenes se caracterizan por el déficit social y dificultades con la comunicación, intereses y comportamientos repetitivos, cuestiones sensoriales, y en algunos casos retrasos cognitivos.

El síndrome de Asperger se distinguió del autismo en el anterior DSM-IV por la falta de retraso o desviación en el temprano desarrollo lingüístico. Adicionalmente, individuos diagnosticados con el Síndrome de Asperger no tenían retrasos cognitivos significativos. PDD-NOS fue considerado como “Autismo Subumbral” y “Autismo atípico” ya que frecuentemente se caracterizaba por síntomas más leves que el autismo o síntomas en solo un dominio (como por ejemplo el de dificultades sociales). En el DSM-5, ambos de estos diagnósticos han sido absorbidos en el Trastorno del espectro autista.

Los trastornos del espectro autista son considerados por estar en un espectro ya que cada individuo con TEA expresa el trastorno de manera única y tiene variados grados de funcionalidad. Muchos tienen habilidades intelectuales por encima del promedio y sobresalientes habilidades visuales, musicales, matemáticas y artísticas, mientras otros tienen inhabilidades significativas y son incapaces de vivir independientemente. Cerca de 25 por ciento de los individuos con TEA son no verbales, Sin embargo, aprenden a comunicarse de otras maneras.

Síntomas de Comunicación Social

Las fallas sociales en los niños con autismo pueden caracterizarse por una distintiva falta de intuición sobre los demás, el desarrollo social inusual se vuelve aparente temprano en la infancia. Bebés con TEA muestran menos atención al estímulo social, sonríen y miran a los demás con menos frecuencia, y responden menos a su propio nombre. Niños pequeños con TEA difieren de forma llamativa de las normas sociales; por ejemplo, ellos pueden mostrar menos contacto visual, tomar turnos y no tener la habilidad de utilizar movimientos simples para expresarse. Individuos con una severa forma de TEA no desarrollan suficiente habla natural para alcanzar sus necesidades diarias de comunicación.

Comportamiento Estricto y Repetitivo

Los niños con TEA muestran comportamiento repetitivo o restrictivo, incluyendo:

- Estereotipia—movimientos repetitivos, tales como el aleteo de manos, movimiento de la cabeza o balanceo del cuerpo.
- Comportamiento compulsivo—muestra la intención de seguir reglas, tales como arreglar objetos en pilas o filas.
- Igualdad—se resiste a cambiar, por ejemplo; insiste en que los muebles no deben moverse o se apegan a un invariable patrón de actividades diarias.
- Comportamiento restrictivo— Limitada concentración, intereses o actividades, como preocuparse en un solo programa de televisión, juguete o juego.
- Autolesionarse—Hace movimientos que lesionan o pueden lesionar a la persona, tales como, picarse el ojo, pellizcarse la piel, morderse la mano o golpearse la cabeza.

Figura 8.17: Un niño apilando latas. (Imagen por Countincr está bajo licencia CC BY-SA 3.0)

Etiología

Mientras las causas específicas del TEA deben ser descubiertas, se han identificado muchos factores de riesgo en la literatura de investigación, que podrían contribuir a su desarrollo. Estos factores de riesgo incluyen la genética, factores prenatales y perinatales, anormalidades neuroanatomías, y factores medioambientales. Es posible identificar factores generales de riesgo, pero es más difícil identificar factores específicos.

Genética

El TEA afecta el procesamiento de información en el cerebro alterando la forma en que las células nerviosas y sus sinapsis se conectan y organizan; por lo tanto, se categoriza como un desorden del desarrollo neurológico. Los resultados de estudios en familiares y hermanos gemelos sugieren que el factor genético juega un papel en la etiología del TEA y otros desordenes dominantes del desarrollo. Los estudios han consistentemente hallado que la prevalencia del TEA en los hermanos de niños con TEA es aproximadamente 15 a 30 veces más alta que el rango en la población en general, Además estudios sugieren que hay tasas más altas de similitudes entre gemelos monozigóticos (idénticos) comparados a los dizigóticos (fraternos). Parece ser que no hay un solo gen que pueda mostrar el TEA; En vez de eso parecen haber muchos genes envueltos, cada uno de los cuales es un factor de riesgo para parte del síndrome autista a través de varios grupos. No es claro si el TEA se explica más por raras mutaciones o por combinaciones de variantes genéticas comunes.

La diversidad del espectro autista

El símbolo de infinito con colores del arcoíris representa la diversidad del espectro autista a la vez del gran movimiento de diversidad neurológica. El movimiento de diversidad neurológica sugiere que diversas condiciones neurológicas aparecen como resultados de variaciones normales en el genoma humano. Esta desafía la idea de que estas diferencias neurológicas son inherentemente patológicas, en vez de eso asevera que las diferencias deberían ser reconocidas y respetadas como una categoría social a la par del género, etnia, Orientación sexual o estado de discapacidad.

Figura 8.18: El símbolo del espectro autista. (Imagen es de dominio público)

Factores prenatales y perinatales

Un gran número de factores prenatales y perinatales se han reportado como posibles factores de riesgo para el TEA. Estos factores de riesgo incluyen Diabetes gestacional materna, la edad paterna y materna por encima de los 30 años, sangrado después del tercer trimestre, uso de medicamentos prescritos durante el embarazo (como el valproate) y el meconio en el fluido amniótico (el temprano alumbramiento del bebé). Mientras las investigaciones no son conclusiones con respecto de los factores que provocan el TEA, cada uno de estos factores ha sido identificado más frecuentemente en niños con TEA que en el desarrollo juvenil sin TEA

Factores medioambientales

La evidencia sobre causas medioambientales es anecdótica y no ha sido confirmada por estudios confiables. En las últimas décadas, se sembró controversia con la idea de que las vacunas podrían ser la causa de muchos casos de autismo; Sin embargo, estas teorías carecen de evidencia científica y son biológicamente improbables. Incluso así, la preocupación de los padres sobre el potencial vínculo entre las vacunas y el autismo ha llevado aniveles bajos la inmunización de niños, brotes de enfermedades infantiles que previamente habían sido controlados en muchos países y las muertes de muchos niños que podían haber sido prevenidas.

Tratamiento

No hay cura conocida para el TEA, y el tratamiento tiende a enfocarse en el manejo de los síntomas. El principal objetivo al tratar a un niño con TEA es rebajar los déficits asociados, preocupaciones familiares, e incrementar la calidad de vida e independencia. El tratamiento para el TEA debe comenzar tan pronto como sea posible después de su diagnóstico. Un tratamiento temprano del TEA es importante, ya que el cuidado adecuado puede reducir las dificultades del individuo mientas le ayuda a aprender nuevas habilidades y hace que den lo máximo de sus fuerzas. El amplio rango de cuestiones al que se enfrenta la gente con TEA muestra que no hay un solo y mejor tratamiento para el TEA.[32] Por lo que el tratamiento es típicamente diseñado para las necesidades individuales de la persona. Programas especiales de educación continua, intensiva y terapias del comportamiento anualmente puede

ayudar a los niños a adquirir habilidades, de cuidado propio, sociales, y laborales. La Terapia más ampliamente utilizada es el **análisis del comportamiento aplicado** (ACA), otros acercamientos disponibles incluyen modelos de desarrollo, enseñanza estructurada, terapia lingüística y de conversación, terapia de habilidades sociales, y terapias ocupacionales.[33]

Figura 8.19: Un niño con ASD recibiendo terapia. (Imagen por Edwards Air Force Base es de dominio público)

Ha habido un incremento de atención, al desarrollo de intervenciones basadas en evidencia, para niños pequeños con TEA. Aunque las intervenciones basadas en evidencias para niños con TEA varían en sus métodos, muchos adoptan un acercamiento psicoeducacional para incrementar la comunicación cognitiva, y habilidades sociales, mientras se minimizan comportamientos que se cree que son problemáticos.[36]

Contribuyentes y atribuciones

32. Autism Spectrum Disorder por el National Institute of Mental Health es de dominio público

33. Children's Development por Ana R. Leon está bajo licencia CC BY 4.0

35. Children's Development por Ana R. está bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 8.9: Diferencias cognitivas is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

8.S: Conclusión

En este capítulo cubrimos:

- La etapa pre operacional de Piaget.
- La teoría sociocultural de Vygotsky.
- EL procesamiento de la información.
- Cómo los niños pequeños entienden al mundo.
- La progresión típica del desarrollo cognitivo y lingüístico (Marcadores).
- La educación a temprana edad.
- El Desorden de espectro autista.

En el próximo capítulo, terminaremos de cubrir la educación a temprana edad viendo como los niños se entienden a sí mismos e interactúan con el mundo.

This page titled 8.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

9: Desarrollo social y emocional en la primera infancia

Objetivos

Después de leer este capítulo podrás:

1. Describir cómo se ven los niños en edad preescolar.
2. Resumir la etapa de la iniciativa versus la culpa de Erikson.
3. Hablar de la progresión del desarrollo social y emocional durante la primera infancia.
4. Explicar cómo los niños desarrollan su comprensión del género.
5. Comparar y contrastar diferentes estilos de crianza.
6. Definir las características de cuidado de niños de alta calidad.
7. Hablar sobre el papel de los hermanos y los compañeros.
8. Describir los tipos de juego.
9. Resumir la influencia en la competencia social y emocional.
10. Identificar los efectos del estrés en niños de tres a cinco años.

En la primera infancia, la comprensión de los niños sobre sí mismos y su papel en el mundo se expanden enormemente.

9.1: Marcadores sociales y emocionales
9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo
9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa
9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género
9.5: Vida familiar
9.6: Compañeros
9.7: Juego
9.8: Comprensión social
9.9: Personalidad
9.10: Competencia social y emocional
9.11: Estrés y desarrollo infantil
9.S: Conclusión

Thumbnail: www.pexels.com/photo/tilt-sh...short-1027931/

This page titled 9: Desarrollo social y emocional en la primera infancia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.1: Marcadores sociales y emocionales

El aumento de comprensión de sí mismos y de los demás se desarrolla con la edad. Aquí hay una tabla de marcadores sociales y emocionales que los niños suelen experimentar durante la primera infancia.

Tabla 9.1 – Marcadores sociales y emocionales (Developmental Milestones por CDC de dominio público)

Edad Típica	Lo que la mayoría de los niños hacen a esta edad
3 años	• Copian a los adultos y amigos • Muestran afecto por los amigos sin persuadirlos • Se turnan en los juegos • Muestran preocupación por un amigo que llora • Se visten y se desvisten por sí mismos • Entienden la idea de “mío” y “suyo de él” o “suyo de ella” • Muestran una amplia variedad de emociones • Se separan fácilmente de papá o mamá • Puede enojarse con cambios notables en su rutina
4 años	• Disfrutan haciendo cosas nuevas • Son cada vez más creativos al inventar juegos • Prefieren jugar con otros niños en lugar de estar solos • Cooperan con otros niños • Juegan con "mamá" o "papá" • A menudo no pueden decir qué es real y qué es un invento • Hablan sobre lo que les gusta y lo que les interesa
5 años	• Quieren complacer a los amigos • Quieren ser amigos de otros • Es más probable que estén de acuerdo con las reglas • Les gusta cantar, bailar y actuar • Son conscientes del género • Pueden decir qué es real y qué es un invento • Muestran más independencia • A veces son exigentes y a veces son cooperativos

Muchas cosas influyen en cómo los niños desarrollan esos marcadores, ya que cambian la forma en que se ven a sí mismos y cómo interactúan con los que los rodean. Veamos más de estos.

This page titled 9.1: Marcadores sociales y emocionales is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo

La primera infancia es un tiempo de formación del punto de vista inicial de uno mismo. Un **autoconcepto** o idea de quiénes somos, de qué somos capaces de hacer y cómo pensamos y sentimos es un proceso social que implica tomar en consideración cómo nos ven los demás. Entonces, para desarrollar el punto de vista de uno mismo, debes tener interacción con los demás. Los interaccionistas teóricos, Cooley y Mead ofrecen dos explicaciones interesantes de cómo se desarrolla el punto de vista de uno mismo.

Cooley

Charles Horton Cooley (1964) sugiere que nuestro autoconcepto proviene de ver cómo nos responden los demás. Este proceso, conocido como **reflejo de uno mismo**, implica observar cómo parecen vernos los demás e interpretarlo a medida que nos juzgan si somos buenos o malos, fuertes o débiles, hermosos o feos, y así sucesivamente. Por supuesto, no siempre interpretamos sus respuestas con precisión, por lo que nuestro autoconcepto no es simplemente un reflejo de las opiniones de los demás. Después de formar un autoconcepto inicial, podemos usarlo como un filtro mental para descartar aquellas respuestas que no parecen ajustarse a nuestras ideas de quiénes somos. Por ejemplo, algunos cumplidos pueden ser negados. El proceso del reflejo de uno mismo se hace evidente cuando somos niños en edad preescolar, o tal vez cuando estamos en una nueva escuela o trabajo o estamos asumiendo un nuevo papel en nuestra vida personal y estamos tratando de evaluar nuestras propias acciones. Cuando nos sentimos más seguros de quiénes somos, nos centramos menos en cómo nos mostramos a los demás.[2]

Figura 9.1: Una niña mirándose a sí misma en un espejo usando gafas. (Image de dominio público)

Mead

Herbert Mead (1967) ofrece una explicación de cómo desarrollamos el sentido social de uno mismo al poder vernos a nosotros mismos a través de los ojos de los demás. Hay dos partes de uno mismo: el "yo", que es la parte de uno que es espontáneo, creativo, innato, y no le preocupa cómo nos ven los demás y el "uno mismo" o la definición social de quiénes somos.

Cuando nacemos, para nosotros todo es "yo" y actuamos sin preocuparnos por cómo nos ven los demás. Pero la parte social de uno mismo comienza cuando podemos considerar cómo nos ve una persona importante. Esta etapa inicial se llama "asumir el papel del otro". Por ejemplo, un niño puede jalar la cola a un gato y su madre le dice: "¡No! No hagas eso, eso es malo "mientras recibe una leve palmada en la mano. Más tarde, el niño puede imitar el mismo comportamiento hacia sí mismo y decir en voz alta: "No, eso es malo" mientras se da palmaditas en la mano. ¿Qué es lo que ha sucedido? El niño puede verse a sí mismo a través de los ojos de la madre. A medida que el niño crece y se expone a muchas situaciones y reglas de cultura, comienza a verse a sí mismo a los ojos de muchos otros a través de estas normas o reglas culturales. Esto se conoce como "asumir el papel del otro que lo guiaba" y da como resultado el punto de vista de sí mismo con muchas dimensiones. El niño llega a tener un punto de vista de sí mismo como estudiante, como amigo, como hijo, etc.

Opinión exagerada de uno mismo

Una de las formas de obtener una opinión más clara de uno mismo es exagerar las cualidades que se incorporarán a uno mismo. A los niños en edad preescolar a menudo les gusta exagerar sus propias cualidades o buscar la aprobación como el más grande, más inteligente o el niño que puede saltar más alto. Esta exageración tiende a ser reemplazada por una opinión más realista de sí mismo en la infancia media.

Autoestima

La primera infancia es el período de formación del sentido inicial de uno mismo. **El autoconcepto** es nuestra autodescripción de acuerdo con varias categorías, como nuestras cualidades externas e internas. En contraste, **la autoestima** es un juicio evaluativo sobre quiénes somos. La aparición de habilidades cognitivas en este grupo de edad da como resultado una mejor percepción de uno mismo, pero tienden a centrarse en las cualidades externas, que se conocen como el **yo categórico**. Cuando los investigadores piden a los niños pequeños que se describan a sí mismos, sus descripciones tienden a incluir rasgos físicos, actividades preferidas y tendencias. Por lo tanto, **la autodescripción** de uno de 3 años podría ser una niña de 3 años con el pelo rojo, a quien le gusta jugar con bloques. Sin embargo, incluso los niños de hasta tres años saben que hay más en sí mismos que estas características externas.

Harter y Pike (1984) desafiaron el método de medir la personalidad con una pregunta abierta ya que sentían que las limitaciones del lenguaje estaban obstaculizando la capacidad de los niños pequeños para expresar su autoconocimiento. Sugirieron un cambio en el método de medir el autoconcepto en los niños pequeños, mediante el cual los investigadores proporcionan declaraciones que preguntan si algo es cierto del niño (por ejemplo, "Me gusta mandar a la gente", "Estoy malhumorado la mayor parte del tiempo") Descubrieron que en la primera infancia, los niños responden a estas declaraciones de manera internamente consistente, especialmente después de los cuatro años (Goodvin, Meyer, Thompson y Hayes, 2008) y a menudo dan respuestas similares a lo que otros (padres y maestros) dicen sobre el niño (Brown, Mangelsdorf, Agathen y Ho, 2008; Colwell y Lindsey, 2003)

Figura 9.2: Los niños pequeños no siempre se sienten bien consigo mismos. (Image bajo licencia CC0)

Los niños pequeños tienden a tener una autoimagen generalmente positiva. Este optimismo es a menudo el resultado de una falta de comparación social al realizar autoevaluaciones (Ruble, Boggiano, Feldman y Loeble, 1980), y con la comparación entre lo que el niño alguna vez pudo hacer y lo que puede hacer ahora (Kemple, 1995) Sin embargo, esto no significa que los niños en edad preescolar estén exentos de autoevaluaciones negativas. Los niños en edad preescolar con apegos inseguros a sus cuidadores tienden a tener una autoestima más baja a los cuatro años (Goodvin et al., 2008). Goodwin y sus colegas también descubrieron que el afecto negativo materno (estado emocional) produce más autoevaluaciones negativas en niños en edad preescolar.

Auto control

El autocontrol no es el único fenómeno, sino que tiene múltiples facetas. Incluye la **acción inicial**, la capacidad de no iniciar un comportamiento antes de que haya evaluado toda la información, el **retener la acción**, la capacidad de detener un comportamiento que ya ha comenzado y la **recompensa retrasada**, la capacidad de esperar una recompensa mayor al renunciar una recompensa inmediata que es menor (Dougherty, Marsh, Mathias y Swann, 2005). Es en la primera infancia cuando vemos el comienzo del autocontrol, un proceso que lleva muchos años en desarrollarse por completo. En la ahora clásica "Prueba de malvavisco" (Mischel, Ebbesen y Zeiss, 1972) los niños se enfrentan a la elección de una pequeña recompensa inmediata (un malvavisco) y una recompensa mayor y más tardía (más malvaviscos). Walter Mischel y sus colegas a lo largo de los años han descubierto que la capacidad de retrasar la gratificación a la edad de cuatro años predijo un mejor rendimiento académico y salud más adelante en la vida (Mischel, et al., 2011). El autocontrol está relacionado con la función ejecutiva, discutida anteriormente en el capítulo. A medida que mejora la función ejecutiva, los niños se vuelven menos impulsivos (Traverso, Viterbori y Usai, 2015).[5]

Autocontrol y juego

Gracias al nuevo Centro de Investigación sobre el Juego en la Educación, Desarrollo y Aprendizaje (PEDaL), Whitebread, Baker, Gibson y un equipo de investigadores esperan proporcionar evidencia sobre la función que cumple el juego en el desarrollo del niño.

"Una gran posibilidad es que el juego apoye el desarrollo temprano del autocontrol de los niños", explica Baker. "Estas son nuestras habilidades para desarrollar la conciencia de nuestros propios procesos de pensamiento: influyen en la eficacia con la que emprendemos las actividades desafiantes".

En un estudio realizado por Baker con niños pequeños y niños en edad preescolar, descubrió que los niños con mayor autocontrol resolvieron los problemas más rápidamente al explorar una configuración desconocida que requiere un

razonamiento científico, independientemente de su coeficiente intelectual. "Este tipo de evidencia nos hace pensar que dar a los niños la oportunidad de jugar los hará más exitosos y creativos para resolver problemas a largo plazo".

Si las experiencias alegres facilitan este aspecto del desarrollo, dicen los investigadores, podría ser extremadamente significativo para las prácticas educativas porque se ha demostrado que la capacidad de autorregulación es una predicción clave del rendimiento académico.

Gibson agrega: “El comportamiento alegre también es un indicador importante del desarrollo social y emocional saludable. En mi investigación anterior, investigué cómo observar a los niños jugando puede darnos pistas importantes sobre su bienestar e incluso puede ser útil en el diagnóstico de trastornos del desarrollo neurológico como el autismo " [6]

Contribuyentes y atribuciones

2. Children’s Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

5. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

6. Play’s the Thing por la University of Cambridge bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa

El psicólogo Erik Erikson sostiene que los niños en la primera infancia pasan por una etapa de "iniciativa versus culpa". Si al niño se le coloca en un entorno donde él/ella pueda explorar, tomar decisiones e iniciar actividades, se habrá logrado conseguir la iniciativa. Por otro lado, si el niño es puesto en un ambiente donde la iniciativa es reprimida a través de la crítica y el control, él / ella desarrollará un sentimiento de culpa.

Figura 9.3: Niños jugando en la arena. (Image de dominio público)

La confianza y la autonomía de las etapas anteriores se convierten en el deseo de tomar la iniciativa o pensar en ideas y acciones de iniciativa. Es posible que los niños quieran construir una muralla con los cojines del sofá de la sala de estar o abrir un puesto de limonada en la puerta del garaje o hacer un zoológico con sus animales de peluche y reparten boletos para aquellos que quieran venir. O tal vez solo quieran prepararse para ir la cama sin ninguna ayuda. Para reforzar la iniciativa, los cuidadores deben elogiar los esfuerzos del niño y evitar ser críticos con los problemas o errores. ¡Quizás la ropa esté mojada y la pasta de dientes quede en el lavamanos, pero sale del baño un niño de cinco años con la cara sonriente y con los dientes y el pijama limpios![8]

Contribuyentes y atribuciones

8. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0 (modificado por Antoinette Ricardo)

This page titled 9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género

Otra dimensión importante es el sentido de uno mismo como hombre o mujer. Los niños en edad preescolar se interesan cada vez más en descubrir las diferencias entre niños y niñas, tanto físicamente como en términos de qué actividades son aceptables para cada uno. Mientras que los niños de 2 años pueden identificar algunas diferencias y saber si son niños o niñas, los niños en edad preescolar se interesan más en lo que significa ser hombre o mujer. Esta autoidentificación o **identidad de género** se sigue algún tiempo después con **constancia de género** o el conocimiento de que el género no cambia. Las **funciones de género** o los derechos y expectativas asociados con ser hombre o mujer se aprenden durante la infancia y la edad adulta.

Freud y la etapa fálica

Freud creía que la masculinidad y la feminidad se aprendieron durante la etapa fálica del desarrollo psicosexual. Según Freud, durante la etapa fálica, el niño desarrolla una atracción hacia el padre del sexo opuesto, pero después de reconocer que en realidad no pueden estar involucrados sentimentalmente con ese padre, el niño aprende a formar su propio comportamiento después hacia el padre del mismo sexo. El niño desarrolla su propio sentido de masculinidad o feminidad a partir de esta resolución. Y, según Freud, una persona que no muestra un comportamiento apropiado para el género, como una mujer que compite con hombres por trabajos o un hombre que carece de seguridad y dominio, no ha completado con éxito esta etapa de desarrollo. En consecuencia, esa persona continúa luchando con su propia identidad de género.

Chodorow y la maternidad

Chodorow, un neo freudiano, creía que la maternidad promueve el comportamiento estereotípico de género. Las madres alejan a sus hijos demasiado pronto y dirigen su atención a la solución de los problemas y a la independencia. Como resultado, los hijos crecen seguros de sus propias habilidades, pero incómodos con la intimidad. Las niñas se mantienen dependientes durante demasiado tiempo y reciben de sus madres atención innecesaria e incluso inoportuna. Las niñas aprenden a subestimar sus habilidades y les falta asertividad, pero se sienten cómodas con la intimidad.

Figura 9.4: Un niño mostrando independencia y confianza. (Image por Adam Jones bajo licencia under CC BY-SA 2.0)

Figura 9.5: Una niña que muestra dependencia y comodidad dentro de una relación. (Image por Free-Photos en Pixabay)

Ambos modelos suponen que las experiencias de la primera infancia resultan en autoconceptos de género para toda la vida. Sin embargo, la socialización de género es un proceso que continúa durante toda la vida. Los niños, adolescentes y adultos refinan y pueden modificar su sentido de identidad según el género.

Aprendizaje a través del reforzamiento y el ejemplo

Las teorías del aprendizaje sugieren que la socialización de la función de género es el resultado de las formas en que los padres, maestros, amigos, escuelas, instituciones religiosas, medios de comunicación y otros envían mensajes sobre lo que es un comportamiento aceptable o deseable como hombres o mujeres. Esta socialización comienza temprano, de hecho, incluso puede comenzar en el momento en que un padre se entera de que un niño está en camino. Conocer el sexo del niño puede traer a la mente imágenes del comportamiento, la apariencia y el potencial del niño por parte de un padre. Y este estereotipo continúa guiando la percepción a través de la vida. Considere a los padres de recién nacidos, a los que se les muestra un bebé de 7 libras y 20 pulgadas, envuelto en azul (un color que se designa a los varones), describen al niño como duro, fuerte y enojado cuando llora. Se muestra al mismo bebé en rosa (un color utilizado en los Estados Unidos para las niñas), es probable que estos padres describan al bebé como lindo, delicado y frustrado cuando llora. (Maccoby y Jacklin, 1987). Los bebés femeninos se sostienen más, se les habla con más frecuencia y se les da contacto visual directo, mientras que el juego con los bebés masculinos a menudo es mediado a través de un juguete o una actividad.

A los hijos se les asignan tareas que los llevan fuera de la casa y que deben realizarse solo en ocasiones, mientras que las niñas tienen más probabilidades de realizar tareas dentro de la casa, como la limpieza o cocinar algo que se realiza a diario. Se alienta a los hijos a pensar por sí mismos cuando enfrentan problemas y es más probable que las hijas reciban asistencia incluso cuando están pensando en una respuesta. Esta impaciencia se refleja en los maestros que esperan menos tiempo cuando piden una respuesta a una estudiante que cuando solicitan una respuesta de un estudiante masculino (Sadker y Sadker, 1994). Las niñas reciben el mensaje de los maestros de que deben esforzarse más y aguantar para tener éxito, mientras que los éxitos de los niños se atribuyen a su inteligencia. Por supuesto, los estereotipos de los asesores también pueden influir en qué tipo de cursos u opciones vocacionales se alienta a los niños y niñas a tomar.

Los amigos discuten sobre lo que es aceptable para los niños y las niñas y la popularidad puede basarse en formar lo que se considera un comportamiento ideal o buscar los sexos. Las niñas tienden a contarse secretos para validar a las demás como mejores amigas, mientras que los niños compiten por el puesto enfatizando su conocimiento, fortaleza o logros. Este enfoque en los logros incluso puede dar lugar a exagerar los logros en los niños, pero a las niñas no se les anima a presumir y como resultado pueden aprender a minimizar sus logros.

Los mensajes de género abundan en nuestro entorno. Pero, ¿significa esto que cada uno de nosotros recibe e interpreta estos mensajes de la misma manera? Probablemente no. Además de ser receptores de estas expectativas culturales, somos individuos que también modificamos estas funciones (Kimmel, 2008). Con base en lo que los niños pequeños aprenden sobre el género de los padres, compañeros y aquellos a quienes observan en la sociedad, los niños desarrollan sus propias concepciones de los atributos asociados con la masculinidad o la feminidad, lo que se conoce como **esquemas de género**.

¿Cuánto importa el género? En los Estados Unidos, las diferencias de género se encuentran en las experiencias escolares (incluso en la universidad y la escuela profesional, las niñas son menos vocales en las aulas y mucho más en riesgo de acoso sexual por parte de los maestros, entrenadores, y compañeros de clase), en las interacciones sociales y en mensajes de medios. Los **estereotipos** de que los niños deben ser fuertes, contundentes, activos, dominantes y racionales y que las niñas deben ser bonitas, subordinadas, poco inteligentes, emocionales y gabby es representada en los juguetes, libros, comerciales, videojuegos, películas, programas de televisión y música de los niños.

Figura 9.6: Los estantes de la tienda llenos de colores rosa y morado y juguetes para niñas. (Image por Janet McKnight bajo licencia CC BY 2.0)

Figura 9.7: Los estantes de la tienda llenos de colores primarios y juguetes para niños. (Image por Janet McKnight bajo licencia CC BY 2.0)

En la edad adulta, estas diferencias se reflejan en las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres, donde las mujeres que trabajan a tiempo completo ganan alrededor del 74 por ciento del ingreso de los hombres, en tasas más altas de mujeres que sufren violación y violencia doméstica, tasas más altas de trastornos alimentarios para las mujeres y tasas más altas de muerte violenta para hombres en la edad adulta. Cada una de estas diferencias se explorará más a fondo en capítulos posteriores.[13]

Disforia de género

Un creciente cuerpo de investigación ahora se centra en la disforia de género, o la angustia que acompaña a un desajuste entre la identidad de género y el sexo biológico (American Psychiatric Association, 2013). Aunque las tasas de prevalencia son bajas, aproximadamente el 0.3 por ciento de la población de los Estados Unidos (Russo, 2016), los niños que luego se identificaron como transgénero, a menudo declararon que eran del sexo opuesto tan pronto como comenzaron a hablar. Comentarios como decir que prefieren los juguetes, la ropa y la anatomía del sexo opuesto, mientras que rechazar los juguetes, la ropa y la anatomía de su sexo asignado son criterios para el diagnóstico de disforia de género en los niños. Ciertamente, muchos niños pequeños no se ajustan a las funciones de género modelados por la cultura e incluso rechazan las funciones asignadas. Sin embargo, no experimentan molestias con respecto a su identidad de género y no se identificarían con disforia de género. En el capítulo sobre adolescencia se discutirá una descripción más completa de la disforia de género, incluidos los tratamientos actuales.[14]

Contribuyentes y atribuciones

13. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0; Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

14. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.5: Vida familiar

Las relaciones entre padres e hijos siguen desempeñando una función importante en el desarrollo de los niños durante la primera infancia. Exploraremos dos modelos de estilos parentales. Tenga en cuenta que la mayoría de los padres no siguen ningún modelo por completo. Las personas reales tienden a caer en algún punto intermedio entre estos estilos. Y a veces los estilos de crianza cambian de un niño a otro o en momentos en que el padre tiene más o menos tiempo y energía para la crianza. Los estilos de crianza también pueden verse afectados por las preocupaciones que los padres tienen en otras áreas de su vida. Por ejemplo, los estilos de crianza tienden a ser más autoritarios cuando los padres están cansados y tal vez más autoritarios cuando son más enérgicos. A veces, los padres parecen cambiar su enfoque de crianza cuando otros están cerca, tal vez porque se vuelven más conscientes de sí mismos como padres o están preocupados por dar a los demás la impresión de que son un padre "duro" o un padre "tranquilo". Y, por supuesto, los estilos de crianza pueden reflejar el tipo de crianza que alguien vio formado mientras crecía.

Figura 9.8: Una familia jugando juntos afuera. (Image por Air Force Medical Service de dominio público)

Baumrind

Baumrind (1971) ofrece un modelo de crianza que incluye cuatro estilos. El primero, **autoritario,** es el modelo tradicional de crianza en el que los padres hacen las reglas y se espera que los hijos sean obedientes. Baumrind sugiere que los padres autoritarios tienden a colocar demandas de madurez en sus hijos que son excesivamente altas y tienden a ser apartados y distantes. En consecuencia, los niños criados de esta manera pueden temer en lugar de respetar a sus padres y, debido a que sus padres no permiten la discusión, pueden sacar sus frustraciones sobre objetivos más seguros, tal vez siendo acosadores con sus compañeros.

Crianza permisiva implica mantener expectativas de los niños que están por debajo de lo que razonablemente se podría esperar de ellos. A los niños se les permite hacer sus propias reglas y determinar sus propias actividades. Los padres son cálidos y comunicativos, pero proporcionan poca estructura para sus hijos. Los niños no aprenden autodisciplina y pueden sentirse algo inseguros porque no conocen los límites.

Crianza autoritaria implica ser lo necesariamente estricto, razonable y afectuoso. Los padres permiten la negociación donde sea apropiado y la disciplina es de acuerdo con la gravedad de error. Un programa de crianza popular que se ofrece en muchos distritos escolares se llama "Amor y lógica" y refleja el estilo autoritario o democrático de crianza que se acaba de describir.

Padres que no se involucran (también conocido como rechazo / descuido) están desconectados de sus hijos. No les exigen a sus hijos y no son responsables. Estos niños pueden sufrir en la escuela y en las relaciones con sus compañeros (Gecas y Self, 1991)

Lemasters y Defrain

Lemasters y Defrain (1989) ofrecen otro modelo de crianza. Este modelo es interesante porque analiza más de cerca las motivaciones de los padres y sugiere que los estilos de crianza a menudo están diseñados para satisfacer las necesidades psicológicas de los padres en lugar de las necesidades de desarrollo del niño.

El **mártir** es un padre que hará cualquier cosa por el niño; incluso tareas que el niño debe hacer por sí mismo. Todas las buenas acciones realizadas por el niño, con el fin de ser un "buen padre", se pueden usar más adelante si el padre desea obtener la obediencia del niño. Si un niño va en contra de los deseos del padre, el padre puede recordarle al niño todas las veces que el padre ayudó al niño y causar un sentimiento de culpa para que el niño haga lo que el padre quiere. El niño aprende a ser dependiente y manipulador como resultado.

El **amigo** es como el padre permisivo descrito anteriormente en el modelo de Baumrind. Él desea ser amigo del niño. Quizás el padre está solo o quizás el padre está tratando de ganar una competencia de popularidad contra un ex cónyuge. Los amigos dejan que los niños hagan lo que quieren y se centran principalmente en ser entretenidos y divertidos, y establecen pocas limitaciones. En consecuencia, el niño puede tener poca autodisciplina y puede intentar probar los límites con otros.

El estilo de crianza del **oficial de policía/sargento de entrenamiento** es similar al padre autoritario descrito por Baumrind. El padre se enfoca principalmente en asegurarse de que el niño sea obediente y que el padre tenga el control total del niño. A veces, esto se puede llevar al extremo dando al niño tareas que están realmente diseñadas para controlar su nivel de obediencia. Por ejemplo, el padre puede requerir que el niño doble la ropa y coloque los artículos nuevamente en el cajón de una manera particular. Si no, el niño puede ser regañado o castigado por no hacer las cosas "bien". Este tipo de padre tiene dificultades por permitir que el niño crezca y aprenda a tomar decisiones de forma independiente. Y el niño puede tener mucho resentimiento hacia el padre que es desplazado por otros.

El padre **maestro consejero** es aquel que presta mucha atención a los consejos de expertos sobre la crianza de los hijos y cree que, siempre y cuando se sigan todos los pasos, el padre puede criar a un niño perfecto. "¿Qué está mal con eso?" te puedes preguntar. Hay dos problemas principales con este enfoque. Primero, el padre asume toda la responsabilidad por el comportamiento del niño, al menos indirectamente. Si el niño tiene dificultades, el padre se siente responsable y piensa que la solución está en leer más consejos e intentar seguirlos con más diligencia.

Los padres ciertamente pueden influir en los hijos, pero pensar que el padre es totalmente responsable del resultado del niño es erróneo. Un padre puede hacer mucho y nunca puede tener control total sobre el niño. Otro problema con este enfoque es que el niño puede tener un sentido poco realista del mundo y lo que se puede esperar de los demás. Por ejemplo, si un padre consejero-maestro decide ayudar al niño a desarrollar su autoestima y ha leído que decirle al niño lo especial que es o lo importante que es felicitarlo por un trabajo bien hecho, el padre puede transmitir el mensaje de que todo lo que hace el niño es excepcional o extraordinario. Un niño puede esperar que todos sus esfuerzos justifiquen elogios y, en el mundo real, esto no es algo que uno pueda esperar. Quizás los niños se sienten más orgullosos al evaluar su propio desempeño que al hacer que otros elogien sus esfuerzos.

Figura 9.9: Un padre interactuando con su hijo que está haciendo un dibujo. Podría estar representando el estilo de maestro-consejero o entrenador atlético. (Image por U.S. Air Forces Central Command de dominio público)

Entonces, ¿qué queda? Lemasters y Defrain (1989) sugieren que el estilo de **entrenador atlético** de la crianz**a** es el mejor. Antes de sacar conclusiones aquí, deja de lado cualquier experiencia negativa que hayas tenido con entrenadores en el pasado. Los principios del entrenamiento son lo que importa para Lemasters y Defrain. Un entrenador ayuda a los jugadores a formar estrategias, apoya sus esfuerzos, brinda retroalimentación sobre lo que salió bien y lo que salió mal, y se mantiene al margen mientras los jugadores se desempeñan. Los entrenadores y árbitros se aseguran de que se sigan las reglas del juego y que todos los jugadores se adhieran a esas reglas. Del mismo modo, el entrenador de atletismo como padre ayuda al niño a comprender lo que debe suceder en ciertas situaciones, ya sea en la amistad, la escuela o la vida en el hogar, y alienta y aconseja al niño sobre cómo manejar estas situaciones. El padre no interviene ni hace cosas por el niño. Su función es proporcionar orientación mientras el niño aprende de primera mano cómo manejar estas situaciones. Y las reglas de comportamiento son consistentes y objetivas y se presentan de esa manera. Entonces, un niño que llega tarde a la cena puede escuchar a los padres responder de esta manera: "La cena fue a las seis en punto". En lugar de: “Sabes muy bien que siempre comemos a las seis. Si esperas que me levante y te haga algo ahora, ¡te espera otra cosa! ¿Quién crees que eres para llegar tarde y buscar comida? ¡Estás castigado hasta nuevo aviso!”

Lo más importante que debe recordar acerca de la crianza de los hijos es que puede ser un mejor padre y más objetivo cuando dirige sus acciones hacia las necesidades del niño y al considerar lo que razonablemente se puede esperar que hagan en su etapa de desarrollo. La paternidad es más difícil cuando estás cansado y tienes necesidades psicológicas que interfieren con la relación. Uno de los mejores consejos para los padres es tratar de no tomar las acciones del niño personalmente y ser lo más objetivo posible.

Influencias culturales en los estilos de crianza

El impacto de la clase y la cultura no se puede ignorar al examinar los estilos de crianza. Los dos modelos de paternidad descritos anteriormente suponen que los estilos de entrenamiento atlético y con autoridad son los mejores porque están diseñados para ayudar a los padres a criar a un hijo que sea independiente, autosuficiente y responsable. Estas son cualidades favorecidas en

culturas "individualistas" como los Estados Unidos, particularmente por los blancos de la clase media. Los padres afroamericanos, hispanos y asiáticos tienden a ser más autoritarios que los blancos no hispanos.

Figura 9.10: Una familia de una cultura colectivista. (Image por la National Cancer Institute de dominio público)

En culturas "colectivistas" como China o Corea, ser obedientes y sumisos son conductas favorecidas. La crianza autoritaria se ha utilizado históricamente y refleja la necesidad cultural de que los niños hagan lo que se les dice. En las sociedades donde la cooperación de los miembros de la familia es necesaria para la supervivencia, como en el caso de la siembra de cultivos, no tiene sentido criar niños que sean independientes y que se esfuercen por estar solos. Pero en una economía basada en ser móvil para encontrar trabajo y donde los ingresos se basan en la educación, es muy importante criar a un hijo para que sea independiente.

Los padres de clase trabajadora tienen más probabilidades que los padres de clase media de centrarse en la obediencia y la honestidad al criar a sus hijos. En un estudio clásico sobre la clase social y los estilos de crianza de los hijos llamado Clase y Conformidad, Kohn (1977) explica que los padres tienden a enfatizar las cualidades que son necesarias para su propia supervivencia cuando crían a sus hijos. Los padres de la clase trabajadora son recompensados por ser obedientes, confiables y honestos en sus trabajos. No se les paga por ser independientes o por cuestionar a la gerencia; más bien, ascienden y se les considera buenos empleados si se presentan a tiempo, hacen su trabajo como se les indica y sus empleadores pueden contar con ellos. En consecuencia, estos padres premian la honestidad y la obediencia en sus hijos.

Los padres de clase media que trabajan como profesionales son recompensados por tomar la iniciativa, ser autodirigidos y asertivos en sus trabajos. Están obligados a hacer el trabajo sin que se les diga exactamente qué hacer. Se les pide que sean innovadores y que trabajen independientemente. Estos padres alientan a sus hijos a tener esas cualidades también al recompensar la independencia y la autosuficiencia. Los estilos de crianza pueden reflejar muchos elementos de la cultura.[18]

Dar nalgadas

Muchos adultos pueden recordar haber recibido nalgas cuando eran niños. Este método de disciplina continúa siendo respaldado por la mayoría de los padres (Smith, 2012). Sin embargo, ¿cuán efectivo es el dar nalgadas y hay alguna consecuencia negativa? Después de revisar la investigación, Smith (2012) afirma que "muchos estudios han demostrado que el castigo físico, incluido dar nalgadas, los golpes y otros medios para causar dolor, puede conducir a una mayor agresión, comportamiento antisocial, lesiones físicas y problemas de salud mental en los niños" (p. 60).

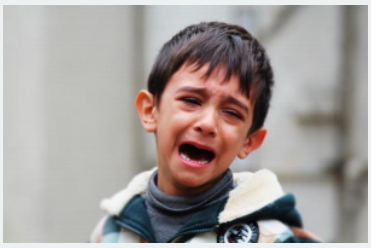


Figura 9.11: Un niño llorando. (Image en Pexels)

Gershoff, (2008) revisó décadas de investigación y recomendó que los padres y cuidadores hagan todo lo posible para evitar el castigo físico y pidió la prohibición de la disciplina física en todas las escuelas de EE. UU. Gershoff y Grogan-Kaylor (2016) completaron otro metanálisis que estudió en una investigación a más de 160,927 niños. Encontraron un mayor riesgo de resultados negativos para los niños azotados y que los efectos de las nalgadas fueron similares a los del abuso físico.

En un estudio longitudinal que siguió a más de 1500 familias de 20 ciudades de EE. UU., Los informes de los padres de azotes se evaluaron a los tres y cinco años (MacKenzie, Nicklas, Waldfogel y Brooks-Gunn, 2013). Las medidas de comportamiento

de externalización (agresión y violación de reglas) y vocabulario receptivo se evaluaron a los nueve años.

En general, el 57% de las madres y el 40% de los padres dieron de nalgadas cuando los niños tenían 3 años, y el 52% de las madres y el 33% de los padres dieron de nalgadas cuando los niños tenían 5 años. Las nalgadas maternas a los 5 años, incluso a niveles bajos, se asociaron con mayores niveles de agresión a los 9 años, incluso después de controlar una serie de riesgos y un comportamiento infantil más temprano. Las nalgadas de alta frecuencia del padre a los niños de 5 años se asociaron con puntuaciones más bajas de vocabulario receptivo del niño a los 9 años. Este estudio reveló los efectos cognitivos negativos de las nalgadas además del aumento en el comportamiento agresivo.

A nivel internacional, la disciplina física se considera cada vez más como una violación de los derechos humanos de los niños. Treinta países han prohibido el uso del castigo físico, y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2014) calificó el castigo físico como "violencia legalizada contra los niños" y abogó por eliminar el castigo físico en todos los entornos.

Los especialistas en desarrollo infantil recomiendan alternativas a las nalgadas e incluyen:

- Elogiar y formar el comportamiento apropiado.
- Proporcionar tiempos de espera por comportamiento inapropiado
- Dar opciones
- Ayudar al niño a identificar emociones y aprender a calmarse
- Ignorar las pequeñas molestias
- Retirar privilegios

Cambios familiares en una sociedad cambiante

La sociología de la familia examina a la familia como una institución y una unidad de socialización. Los estudios sociológicos de la familia analizan las características demográficas de los miembros de la familia: tamaño de la familia, edad, etnia y género de sus miembros, clase social de la familia, nivel económico y movilidad de la familia, profesiones de sus miembros y niveles de educación de los miembros de la familia.

Actualmente, uno de los mayores problemas que estudian los sociólogos son las funciones cambiantes de los miembros de la familia. A menudo, cada miembro está restringido por las funciones de género de la familia tradicional. Estas funciones, como el padre como sostén de la familia y la madre como ama de casa, están disminuyendo. Ahora, la madre es a menudo la proveedora suplementaria mientras conserva las responsabilidades de la crianza de los hijos. En este escenario, el papel de las mujeres en la fuerza laboral es "compatible con las demandas de la familia tradicional". La sociología estudia la adaptación del papel de los hombres al cuidador y al proveedor. Las funciones de género están cada vez más entrelazadas.

Diversidad de formas familiares

Una **familia monoparental** generalmente se refiere a un padre que tiene la mayoría de las responsabilidades diarias en la crianza del niño o los niños, que no vive con un cónyuge o pareja, o que no está casado. El cuidador dominante es el padre con quien residen los niños la mayoría de las veces. Si los padres están separados o divorciados, los niños viven con el padre que tienen la custodia y tienen visitas con el padre sin la custodia. En la sociedad occidental en general, después de la separación, un niño terminará con el cuidador principal, generalmente la madre, y un cuidador secundario, generalmente el padre. Hay una creciente comunidad de padres solteros por familias elegidas en las que una familia está formada por un solo adulto (a través de cuidado de crianza, adopción, gametos y embriones de donantes y subrogación).

Figura 9.12: Una familia monoparental. (Image de dominio público)

La **convivencia** es un acuerdo en el que dos personas que no están casadas viven juntas en una relación íntima, particularmente una relación emocional y/o sexual, a largo plazo o de manera permanente. Hoy, la convivencia es un patrón común entre las personas en el mundo occidental. Más de dos tercios de las parejas casadas en los EE. UU. Dicen que vivieron juntas antes de casarse.

Las parejas de homosexuales y lesbianas se clasifican como **relaciones del mismo sexo**. Después de un fallo de la Corte Suprema en 2015, los 50 estados en los EE. UU. Deben reconocer el matrimonio entre personas del mismo sexo, todavía hay algunos condados en varios estados que no otorgarán una licencia de matrimonio a una pareja del mismo sexo.[21]

Figura 9.13: Una familia con padres del mismo sexo. (Image por Emily Walker bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Relaciones entre hermanos

Los hermanos pasan una cantidad considerable de tiempo entre ellos y muestran una relación única que no se encuentra con compañeros de la misma edad o con adultos. Los hermanos juegan un papel importante en el desarrollo de las habilidades sociales. Las interacciones cooperativas y de juegos de simulación entre hermanos menores y mayores pueden enseñar empatía, intercambio y cooperación (Pike, Coldwell y Dunn, 2005), así como negociación y resolución de conflictos (Abuhatoum y Howe, 2013). Sin embargo, la calidad de las relaciones entre hermanos a menudo está mediada por la calidad de la relación de padre e hijo y el ajuste psicológico del niño (Pike et al., 2005). Por ejemplo, se han reportado más interacciones negativas entre hermanos en familias donde los padres tenían malos patrones de comunicación con sus hijos (Brody, Stoneman y McCoy, 1994). Los niños que tienen problemas emocionales y de comportamiento también tienen más probabilidades de tener interacciones negativas con sus hermanos. Sin embargo, el ajuste psicológico del niño a veces puede ser un reflejo de la relación padre e hijo. Por lo tanto, al examinar la calidad de las interacciones entre hermanos, a menudo es difícil descubrir el efecto separado del ajuste del efecto de la relación padre e hijo.

Si bien los padres desean interacciones positivas entre sus hijos, surgirán conflictos, y algunas confrontaciones pueden ser el impulso para el crecimiento de las habilidades sociales y cognitivas de los niños. Las fuentes de conflicto entre hermanos a menudo dependen de sus respectivas edades. Dunn y Munn (1987) revelaron que más de la mitad de todos los conflictos entre hermanos en la primera infancia eran disputas sobre los derechos de propiedad. A la mitad de la infancia, esto comienza a cambiar hacia el control de situaciones sociales, como qué juegos jugar, desacuerdos sobre hechos u opiniones, o comportamiento grosero (Howe, Rinaldi, Jennings y Petrakos, 2002). Los investigadores también han descubierto que las estrategias que usan los niños para lidiar con el conflicto cambian con la edad, pero que esto también se ve atenuado por la naturaleza del conflicto.

Abuhatoum y Howe (2013) encontraron que las estrategias coercitivas (por ejemplo, las amenazas) eran preferidas cuando la disputa se centraba en los derechos de propiedad, mientras que el razonamiento era más probable que fuera utilizado por hermanos mayores y en disputas relacionadas con el control de la situación social. Sin embargo, los hermanos menores también usan el razonamiento, lo que frecuentemente plantea la preocupación de la legitimidad (por ejemplo, "Usted no es el jefe") cuando está en conflicto con un hermano mayor. Esta es una estrategia muy común utilizada por los hermanos menores y posiblemente es una estrategia adaptativa para que los hermanos menores puedan afirmar su autonomía (Abuhatoum y Howe, 2013). Varios investigadores han encontrado que los niños que pueden usar estrategias no coercitivas tienen más probabilidades de tener una resolución exitosa, por lo que se alcanza un compromiso y ninguno de los niños se siente menospreciado (Ram y Ross, 2008; Abuhatoum y Howe, 2013).

No es sorprendente que las relaciones amistosas con los hermanos a menudo conduzcan a interacciones más positivas con sus compañeros. Lo contrario también es cierto. Un niño también puede aprender a llevarse bien con un hermano, como dice la canción "un poco de ayuda de mis amigos" (Kramer y Gottman, 1992).[23]

Figure 9.14: Siblings. (Image by LEONARDO DASILVA is licensed under CC BY 2.0)

Preocupaciones del cuidado de los niños

Alrededor del 77.3 por ciento de las madres de niños en edad escolar y el 64.2 por ciento de madres de niños en edad preescolar en los Estados Unidos trabajan fuera del hogar (Cohen y Bianchi, 1999; Bureau of Labor Statistics, 2010). El setenta y cinco por ciento de los niños menores de 5 años están en programas de cuidado infantil programados. Otros son atendidos por familiares o amigos. Los niños mayores a menudo asisten a programas después de la escuela, antes de la escuela o se quedan solos en casa después de la escuela una vez que son mayores.

Los programas de cuidado infantil de calidad pueden mejorar las habilidades sociales del niño y pueden proporcionar experiencias de aprendizaje enriquecedoras. Pero las largas horas de atención de mala calidad pueden tener consecuencias negativas, especialmente para los niños pequeños.

Calidad en el cuidado

¿Qué determina la calidad del cuidado de los niños? Algo a considerar **maestro/proporción de niños**. Los estados especifican el número máximo de niños que pueden ser supervisados por un maestro. En general, cuanto más pequeños son los niños, más maestros se requerirán para un número determinado de niños. Cuanto más baja sea la proporción de maestro por niño, más tiempo tendrá el maestro para involucrarse con los niños y el maestro estará menos estresado para que las interacciones sean más relajadas, estimulantes y positivas. Los grupos más grandes también presentan desafíos para la calidad. El programa puede ser más rígido en cuanto a reglas y estructura para acomodar a la gran cantidad de niños en las instalaciones.

El **entorno físico** debe ser atractivo, limpio y seguro. La **filosofía** de la organización y el **currículo** disponible deben estar centrados en el niño, positivos y estimulantes. Los proveedores deben recibir capacitación en educación de la primera infancia. La mayoría de los estados no requieren capacitación para sus proveedores de cuidado infantil. Y aunque no se requiere educación formal para que una persona proporcione una relación cálida y amorosa con un niño, el conocimiento del desarrollo del niño es útil para abordar sus necesidades sociales, emocionales y cognitivas de manera efectiva.

Figura 9.15: Niños jugando en un entorno de cuidado infantil de calidad. (Image por Hurlburt Field de dominio público)

Trabajar para mejorar la calidad del cuidado de los niños y aumentar las políticas de trabajo amigables para la familia, como una programación más flexible y quizás instalaciones de cuidado de niños en los lugares de trabajo, podemos acomodar a las familias con niños más pequeños y aliviar a los padres del estrés que a veces es asociado con el manejo del trabajo y la vida familiar.[26]

Contribuyentes y atribuciones

18. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

21. Same-sex marriage by Wikipedia bajo licencia CC BY SA 3.0

23. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

26. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 9.5: Vida familiar is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.6: Compañeros

Las relaciones dentro de la familia (padre e hijo y hermanos) no son las únicas relaciones significativas en la vida de un niño. Las relaciones entre compañeros también son importantes. La interacción social con otro niño de la misma edad, habilidades y conocimiento provoca el desarrollo de muchas habilidades sociales que son valiosas para el resto de la vida (Bukowski, Buhrmester y Underwood, 2011). En las relaciones con los compañeros, los niños aprenden cómo iniciar y mantener interacciones sociales con otros niños. Aprenden habilidades para manejar conflictos, tales como tomar turnos, compromisos y negociaciones. El juego también implica la coordinación mutua, a veces compleja, de objetivos, acciones y comprensión. Por ejemplo, a medida que los preescolares participan en juegos de simulación, crean narraciones juntos, eligen roles y colaboran para representar sus historias. A través de estas experiencias, los niños desarrollan amistades que proporcionan fuentes adicionales de seguridad y apoyo a las que brindan sus padres.

Figura 9.16: Explorar juegos de dramatización brinda grandes oportunidades para continuar desarrollando habilidades sociales con compañeros de la misma edad. (Image por Seattle City Council de dominio público)

Sin embargo, las relaciones entre compañeros pueden ser desafiantes y también de apoyo (Rubin, Coplan, Chen, Bowker y McDonald, 2011). Ser aceptado por otros niños es una fuente importante de confirmación y autoestima, pero el rechazo de los compañeros puede significar problemas de comportamiento posteriores (especialmente cuando los niños son rechazados debido a un comportamiento agresivo).

Las relaciones entre compañeros requieren el desarrollo de habilidades sociales y emocionales muy diferentes a las que surgen en las relaciones entre padres e hijos. También ilustran las muchas formas en que las relaciones entre compañeros influyen en el crecimiento de la personalidad y el autoconcepto.[29]

Contribuyentes y atribuciones

29. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 9.6: Compañeros is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.7: Juego

Freud vio el juego como un medio para que los niños liberen emociones reprimidas y lidien con situaciones emocionalmente angustiosas en un entorno más seguro. Vygotsky y Piaget vieron el juego como una forma en que los niños pueden desarrollar sus habilidades intelectuales (Dyer y Moneta, 2006). Piaget creó etapas de juego que se corresponden con sus etapas de desarrollo cognitivo. Las etapas son:

Tabla 9.2 - Etapas de juego de Piaget: Piaget's Stages of Play (Tipos de juego cognitivo y social (n.d.). Recuperado de https://groundsforplay.com/cognitive-and-social-forms-play)

Etapa	Descripción
Juego funcional	Explorar, inspeccionar y aprender a través de la actividad física repetitiva.
Juego simbólico	La capacidad de usar objetos, acciones o ideas para representar otros objetos, acciones o ideas y puede incluir asumir funciones.[31]
Juego constructivo	Implica experimentar con objetos para construir cosas; aprender cosas que antes eran desconocidas con manipulación manual de materiales.
Juegos con Reglas	Impone reglas que deben seguir todos los que juegan; la lógica y el orden involucra formas que constituyen las bases para desarrollar la estrategia del juego.[32]

Mientras que Freud, Piaget y Vygostsky veían el juego de manera ligeramente diferente, los tres teóricos vieron el juego como un resultado positivo para los niños.

Mildred Parten (1932) observó a niños de dos a cinco años y observó seis tipos de juegos. Tres tipos que calificó como no sociales (desocupados, solitarios y curiosos) y tres tipos se clasificaron como juegos sociales (paralelos, asociativos y cooperativos). La siguiente tabla describe cada tipo de juego. Los niños más pequeños participan en juegos no sociales más que los mayores; a los cinco años, el juego asociativo y cooperativo son las formas más comunes de juego (Dyer y Moneta, 2006).[33]

Tabla 9.3 - La clasificación de Parten sobre los tipos de juego (Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0)

Categoría	Descripción
Juego libre	El comportamiento de los niños parece más aleatorio y sin un objetivo específico. Esta es la forma de juego menos común.
Juego solitario	Los niños juegan solos, no interactúan con los demás, ni participan en actividades similares a las de los niños que los rodean.
Espectador del juego	Los niños observan a otros niños jugando. Pueden comentar las actividades e incluso hacer sugerencias, pero no se unirán directamente a la obra.
Juego paralelo	Los niños juegan juntos, usando juguetes similares, pero no actúan directamente entre ellos.
Juego asociativo	Los niños interactuarán entre ellos y compartirán juguetes, pero no están trabajando hacia un objetivo común.
Juego cooperativo	Los niños están interactuando para lograr un objetivo común. Los niños pueden asumir diferentes tareas para alcanzar esa meta.

Contribuyentes y atribuciones

31. Juego simbólico (n.d.). Recuperado de https://www.pgpedia.com/s/symbolic-play

32. Juegos con reglas (n.d.). Recuperado de https://www.pgpedia.com/g/games-rules

33. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood by Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 9.7: Juego is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.8: Comprensión social

Como hemos visto, la experiencia de los niños con las relaciones en el hogar y el grupo de compañeros contribuye a un repertorio en expansión de habilidades sociales y emocionales y también a una mayor comprensión social. En estas relaciones, los niños desarrollan expectativas para personas específicas (que conducen, por ejemplo, a apegos seguros o inseguros a los padres), comprenden cómo interactuar con adultos y compañeros y desarrollan un autoconcepto basado en cómo otros les responden. Estas relaciones también son foros importantes para el desarrollo emocional.

Sorprendentemente, los niños pequeños comienzan a desarrollar la comprensión social muy temprano en la vida. Antes del final del primer año, los bebés son conscientes de que otras personas tienen percepciones, sentimientos y otros estados mentales que afectan su comportamiento y que son diferentes de los estados mentales del niño. Los estudios experimentales cuidadosamente diseñados muestran que al final de los años preescolares, los niños pequeños entienden que las creencias de otros pueden estar equivocadas en lugar de ser correctas, que los recuerdos pueden afectar cómo se sienten y que las emociones de uno pueden ocultarse a los demás (Wellman, 2011). La comprensión social crece significativamente a medida que se desarrolla la teoría de la mente de los niños.

¿Cómo se producen estos logros en la comprensión social? Una respuesta es que los niños pequeños son observadores notablemente sensibles de otras personas, haciendo conexiones entre sus expresiones emocionales, palabras y comportamiento para derivar inferencias simples sobre estados mentales (por ejemplo, concluir, por ejemplo, que lo que mamá está mirando está en su mente) (Gopnik, Meltzoff y Kuhl, 2001). Esto es especialmente probable en las relaciones con personas que el niño conoce bien, de acuerdo con las ideas de la teoría del apego discutidas anteriormente.

Figura 9.17: Un padre hablando con su hijo. (Image de dominio público)

Las crecientes habilidades del lenguaje les dan a los niños pequeños palabras para representar estos estados mentales (por ejemplo, "enojado", "deseo") y hablar sobre ellos con otros. Por lo tanto, en una conversación con sus padres sobre las experiencias cotidianas, los niños aprenden mucho sobre los estados mentales de las personas a partir de cómo los adultos hablan de ellos ("Tu hermana estaba triste porque pensó que papá volvería a casa") (Thompson, 2006b).

El desarrollo de la comprensión social se basa en las interacciones cotidianas de los niños con los demás y sus interpretaciones cuidadosas de lo que ven y oyen. También hay algunos científicos que creen que los bebés están biológicamente preparados para percibir a las personas de una manera especial, como organismos con una vida mental interna, y esto facilita su interpretación del comportamiento de las personas con referencia a esos estados mentales (Leslie, 1994).

This page titled 9.8: Comprensión social is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.9: Personalidad

Los padres a menudo analizan las preferencias, características y respuestas de sus hijos en busca de pistas de una personalidad en desarrollo. Tienen toda la razón al hacerlo, porque el temperamento es una base para el crecimiento de la personalidad. Pero el temperamento (definido como las primeras diferencias emergentes en reactividad y autorregulación) no es toda la historia. Aunque el temperamento tiene una base biológica, interactúa con la influencia de la experiencia desde el momento del nacimiento (si no antes) para dar forma a la personalidad (Rothbart, 2011). Las disposiciones temperamentales se ven afectadas, por ejemplo, por el nivel de apoyo de la atención parental. En términos más generales, la personalidad está determinada por la bondad del ajuste entre las cualidades temperamentales y las características del entorno del niño (Chess y Thomas, 1999). Por ejemplo, un niño aventurero cuyos padres la llevan regularmente en excursiones de fin de semana y viajes de pesca sería un buen "ajuste" a su estilo de vida, apoyando el crecimiento de la personalidad. La personalidad es el resultado, por lo tanto, de la interacción continua entre la disposición biológica y la experiencia, como sucede con muchos otros aspectos del desarrollo social y de la personalidad.

La personalidad se desarrolla a partir del temperamento de otras maneras (Thompson, Winer y Goodvin, 2010). A medida que los niños maduran biológicamente, las características temperamentales emergen y cambian con el tiempo. Un recién nacido no es capaz de mucho autocontrol, pero a medida que avanzan las capacidades basadas en el cerebro para el autocontrol, los cambios de temperamento en la autorregulación se hacen más evidentes. Entonces, un bebé que llora con frecuencia no necesariamente tiene una personalidad gruñona. Con suficiente apoyo de los padres y una mayor sensación de seguridad, el niño puede convertirse en un preescolar más feliz y es probable que no llore para satisfacer sus necesidades.

Figura 9.18: Una niña disfrutando de la naturaleza. (Image por Khanh Steven en Unsplash)

Además, la personalidad se compone de muchas otras características además del temperamento. El autoconcepto en desarrollo de los niños, sus motivaciones para lograr o socializar, sus valores y metas, sus estilos de afrontamiento, su sentido de responsabilidad y conciencia, y muchas otras cualidades están incluidas en la personalidad. Estas cualidades están influenciadas por las disposiciones biológicas, pero aún más por las experiencias del niño con los demás, particularmente en las relaciones cercanas, que guían el crecimiento de las características individuales.

De hecho, el desarrollo de la personalidad comienza con los fundamentos biológicos del temperamento, pero se vuelve cada vez más elaborado, extendido y refinado con el tiempo. El recién nacido que los padres observaron maravillados se convierte en un adulto con una personalidad profunda y matizada.

This page titled 9.9: Personalidad is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.10: Competencia social y emocional

El desarrollo social y de la personalidad se construye a partir de las influencias sociales, biológicas y representativas discutidas anteriormente. Estas influencias dan como resultado importantes resultados de desarrollo que son importantes para los niños, los padres y la sociedad: la capacidad de un adulto joven de participar en acciones socialmente constructivas (ayudar, cuidar, compartir con otros), frenar los impulsos hostiles o agresivos, vivir de acuerdo con una moral significativa valores, para desarrollar una identidad y un sentido de identidad saludables, y para desarrollar talentos y lograr el éxito al usarlos. Estos son algunos de los resultados del desarrollo que denotan competencia social y emocional.

Estos logros del desarrollo social y de la personalidad derivan de la interacción de muchas influencias sociales, biológicas y representativas. Considere, por ejemplo, el desarrollo de la conciencia, que es una base temprana para el desarrollo moral.

Conciencia consiste en las influencias cognitivas, emocionales y sociales que hacen que los niños pequeños creen y actúen de manera consistente con los estándares internos de conducta (Kochanska, 2002). Surge de las experiencias de los niños pequeños con los padres, particularmente en el desarrollo de una relación de respuesta mutua que motiva a los niños pequeños a responder de manera constructiva a las solicitudes y expectativas de los padres. El temperamento de base biológica está involucrado, ya que algunos niños son temperamentalmente más capaces de autorregulación motivada (una cualidad llamada control de esfuerzo) que otros, mientras que algunos niños son más propensos al miedo y la ansiedad que puede provocar la desaprobación de los padres. El desarrollo de la conciencia está influenciado por el buen ajuste entre las cualidades temperamentales del niño y la forma en que los padres se comunican y refuerzan las expectativas de comportamiento.

El desarrollo de la conciencia también se expande a medida que los niños pequeños comienzan a representar valores morales y se consideran a sí mismos como seres morales. Al final de los años preescolares, por ejemplo, los niños pequeños desarrollan un "yo moral" por el cual se consideran personas que quieren hacer lo correcto, se sienten mal después de portarse mal y se sienten incómodos cuando otros se portan mal. En el desarrollo de la conciencia, los niños pequeños se vuelven más social y emocionalmente competentes de una manera que proporciona una base para una conducta moral posterior (Thompson, 2012).

Figura 9.19: Este niño podría estar experimentando una culpabilidad de conciencia. (Image por George Hodan de dominio público)

This page titled 9.10: Competencia social y emocional is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.11: Estrés y desarrollo infantil

¿Cuál es el impacto del estrés en el desarrollo infantil? Los niños experimentan diferentes tipos de estresores. El estrés cotidiano normal puede proporcionar una oportunidad para que los niños pequeños desarrollen habilidades de afrontamiento y presenta poco riesgo para el desarrollo. Incluso los eventos estresantes más duraderos, como cambiar de escuela o perder a un ser querido, se pueden manejar bastante bien. Pero los niños que experimentan **estrés tóxico** o que viven en situaciones de abuso extremadamente estresantes durante largos períodos de tiempo pueden sufrir efectos duraderos. Las estructuras en el cerebro medio o el sistema límbico, como el hipocampo y la amígdala, pueden ser vulnerables al estrés prolongado durante la primera infancia (Middlebrooks y Audage, 2008). Los altos niveles de la hormona del estrés cortisol pueden reducir el tamaño del hipocampo y afectar la capacidad de memoria del niño. Las hormonas del estrés también pueden reducir la inmunidad a la enfermedad. El cerebro expuesto a largos períodos de estrés severo puede desarrollar un umbral bajo que hace que el niño sea hipersensible al estrés en el futuro. Sin embargo, los efectos del estrés pueden minimizarse si el niño cuenta con el apoyo de adultos afectuosos. Echemos un vistazo a los estresores de la infancia.

Efectos del abuso doméstico

3.3 millones de niños son testigos de violencia doméstica cada año en los Estados Unidos. Ha habido un aumento en la admisión de que los niños expuestos al abuso doméstico durante su educación sufrirán en su desarrollo y bienestar psicológico. Debido a la conciencia de la violencia doméstica que algunos niños tienen que enfrentar, también generalmente afecta la forma en que el niño se desarrolla emocional, social, conductual y cognitivamente. Algunos problemas emocionales y de comportamiento que pueden resultar debido a la violencia doméstica incluyen una mayor agresividad, ansiedad y cambios en la forma en que un niño socializa con amigos, familiares y autoridades. Contusiones, huesos rotos, lesiones en la cabeza, laceraciones y hemorragias internas son algunos de los efectos agudos de un incidente de violencia doméstica que requieren atención médica y hospitalización.

Maltrato al niño

El abuso al niño es el maltrato físico, sexual o emocional o el abandono de un niño o niños. Diferentes jurisdicciones han desarrollado sus propias definiciones de lo que constituye abuso al niño con el propósito de sacar a un niño de su familia y/o procesar un cargo penal. Hay cuatro categorías principales de abuso al niño: negligencia, abuso físico, abuso psicológico / emocional y abuso sexual. La negligencia es el tipo de abuso más común en los Estados Unidos y representa más del 60 por ciento de los casos de abuso al niño.

Figura 9.20: Un niño escondiéndose. (Image por Joint Base Elmendorf-Richardson Alaska de dominio público)

Abuso físico

El abuso físico implica agresión física dirigida a un niño por un adulto. La mayoría de las naciones con leyes de abuso infantil consideran ilegal la imposición deliberada de lesiones graves, o acciones que ponen al niño en riesgo obvio de lesiones graves o muerte. Más allá de esto, hay una variación considerable. La distinción entre disciplina infantil y abuso a menudo está mal definida. Las normas culturales sobre lo que constituye abuso varían ampliamente entre los profesionales y el público en general. Algunos profesionales afirman que las normas culturales que sancionan el castigo físico son una de las causas del abuso al niño, y han emprendido campañas para redefinir dichas normas.

Abuso sexual

El abuso sexual al niño es una forma de abuso al niño en el que un adolescente o un adulto abusa de un niño para estimularlo sexualmente. Los efectos del abuso sexual al niño incluyen culpa y reproche hacia uno mismo, recuerdos retrospectivos, pesadillas, insomnio y miedo a las cosas asociadas con el abuso. Aproximadamente del 15 al 25 por ciento de las mujeres y del 5 al 15 por ciento de los hombres sufrieron abusos sexuales cuando eran niños.

Abuso emocional

De todas las formas posibles de abuso, el abuso emocional es el más difícil de definir. Podría incluir insultos, burlas, degradación, destrucción de pertenencias personales, tortura o asesinato de una mascota, críticas excesivas, exigencias inapropiadas o excesivas, negar comunicación, etiquetarlo y humillación.

Negligencia

La negligencia es una forma pasiva de abuso en la que un perpetrador es responsable de brindar atención a una víctima que no puede cuidarse a sí misma, pero no brinda la atención adecuada. La negligencia puede incluir el incumplimiento de proporcionar supervisión, alimentación o atención médica suficientes, o el incumplimiento de otras necesidades para las cuales la víctima es incapaz de mantenerse por sí misma. El término también se aplica cuando los responsables de retener el cuidado necesario lo proporcionan animales, plantas e incluso objetos inanimados. La negligencia puede tener muchos efectos secundarios a largo plazo, como lesiones físicas, baja autoestima, trastornos de atención, comportamiento violento e incluso la muerte. En los Estados Unidos, la negligencia se define como el incumplimiento de las necesidades básicas de los niños: vivienda, ropa, comida y acceso a la atención médica. Los investigadores encontraron más de 91,000 casos de negligencia en un año utilizando información de una base de datos de casos verificados por agencias de servicios de protección.[39]

Contribuyentes y atribuciones

39. Children's Development por Ana R. Leon bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 9.11: Estrés y desarrollo infantil is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

9.S: Conclusión

En este capítulo cubrimos,

- El desarrollo del autoconcepto y la autoestima.
- La etapa psicosocial de iniciativa de Erikson versus culpa.
- Identidad de género, constancia de género, roles de género y disforia de género.
- La vida familiar, incluidos los estilos de crianza, las diversas formas de familias, el manejo del cuidado infantil y el papel de los hermanos.
- El papel de los compañeros.
- Los tipos de juego.
- La comprensión social de los preescolares.
- Desarrollo de la personalidad.
- Competencias sociales y emocionales.
- Los efectos del estrés en los niños, incluido el maltrato.

En el próximo capítulo comenzaremos a explorar la infancia media y cómo los niños de 6 a 11 años crecen y se desarrollan.

This page titled 9.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

10: Infancia media – Desarrollo físico

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo podrás:

1. Describir los patrones del crecimiento físico
2. Resumir las necesidades nutricionales
3. Explicar las causas de la obesidad y las consecuencias negativas del aumento de peso excesivo
4. Discutir los pros y los contras de los deportes organizados
5. Comparar y contrastar los trastornos del desarrollo
6. Resumir varias diferencias de trastornos de salud mental

Los niños en la infancia media pasan por enormes cambios en el crecimiento y desarrollo de su cerebro. Durante este período de desarrollo los cuerpos de los niños no sólo están creciendo, sino que son cada vez más coordinados y hábiles físicamente. Estos niños son más conscientes de sus nuevas habilidades en la escuela y son cada vez más responsables de su salud y la dieta. Algunos niños pueden estar atravesando por problemas de salud físico o mental. Es importante saber cómo es un desarrollo normal con el fin de identificar y ayudar a aquellos que están atravesando problemas de salud.

10.1: Desarrollo cerebral
10.2: El crecimiento físico
10.3: Necesidades nutricionales
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
10.5: Salud física
10.6: Salud mental infantil
10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud
10.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/children-...-arts-1822701/

This page titled 10: Infancia media – Desarrollo físico is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.1: Desarrollo cerebral

El cerebro alcanza su tamaño adulto aproximadamente a los 7 años de edad. Entonces entre los 10 y 12 años de edad, los lóbulos frontales presentan más desarrollo y mejoras en la lógica, la planificación, y memoria son evidentes (van der Molen y Molenaar, 1994). El niño en edad escolar está en mejores condiciones para planificar y coordinar actividades usando los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro, los cuales controlan el desarrollo de las emociones, las habilidades físicas, y capacidades intelectuales. La capacidad de atención también mejora a medida que madura la corteza prefrontal. La mielina también continúa desarrollándose y el tiempo de reacción del niño también mejora. La mejora de la mielinización es uno de los factores responsables de estos crecimientos.

Desde los 6 a 12 años, las células nerviosas en las áreas de asociación del cerebro, que son aquellas áreas donde las funciones sensoriales, motoras y funcionamiento intelectual se conectan, se vuelven casi completamente mielinizadas (Johnson, 2005). Esta mielinización contribuye al aumento de la velocidad de procesamiento de la información y el tiempo de reacción del niño. El **hipocampo**, que es responsable de la transferencia de información desde el corto plazo a la memoria a largo plazo, también muestra los aumentos de mielinización que resultan en mejoras en el funcionamiento de la memoria (Rolls, 2000).

Figura 10.1: El cerebro humano. (Imagenn por _DJ_ se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

Los cambios en el cerebro durante esta edad no sólo permiten el desarrollo físico, sino que también permiten a los niños entender lo que otros piensan de ellos y tratar socialmente con las consecuencias positivas y negativas de eso. Dentro de este periodo de desarrollo, los niños pueden tener dificultades con trastornos de salud mental u otros problemas de salud. A medida que los niños están creciendo y son cada vez más hábiles, los adultos deben recordar que los niños no crecen físicamente en forma aislada. El desarrollo de sus cuerpos no es independiente de los cambios que se están produciendo social, emocional y cognitivamente. El conocimiento y la comprensión de sus otros dominios del desarrollo y necesidades apoyaran al niño durante estos cambios.[2]

Contribuyentes y atribuciones

2. Children's Development por Ana R. Leon está licenciado por CC BY 4.0 (modificado por Dawn Rymond); Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French está licenciado por CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Dawn Rymond)

This page titled 10.1: Desarrollo cerebral is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.2: El crecimiento físico

La infancia media abarca los años entre la primera infancia y la adolescencia, los niños tienen entre 6 a 11 años de edad. Estos niños son distintos en forma y tamaño: altura, peso, capacidades y discapacidades. Las tasas del crecimiento físicos son generalmente lentos y constantes durante estos años. Sin embargo, los estirones del crecimiento se producen desde la mitad hasta finales de la infancia (Spreen, Riser, & Edgell, 1995). Por lo general, un niño va a ganar alrededor de entre 5 a 7 libras al año y crecerán alrededor de 2 pulgadas por año. También tienden a afinar el cuerpo y adquieren un aumento de la fuerza muscular. A medida que los huesos se alargan y se amplían también se fortalecen los músculos, muchos niños desean participar en actividades físicas extenuantes y pueden participar durante períodos de tiempo más largos. Además, la tasa de crecimiento de las extremidades es más rápida que en el tronco, lo que resulta en proporciones parecidas a las de un adulto. Huesos largos, crecimiento, estiramiento de músculos y ligamentos, todo esto da lugar a muchos niños que sufren de dolores de crecimiento, especialmente por la noche.[3]

Niños entre los 6 y 9 años, muestran una mejora significativa en actividades en las que requieren actividades motoras. Esta evolución del crecimiento permite a los niños obtener un mayor control sobre el movimiento de sus cuerpos, el dominio de muchas habilidades motoras gruesas y finas que estaban más allá de la de los niños más pequeños. Andar en bicicletas más grandes o correr más y a más distancia es una gran mejora en las habilidades motoras gruesas. Coordinación ojo-mano y habilidades motoras finas les permiten a los niños dominar la escritura y también cortar con tijeras. Deportes y actividades extracurriculares pueden convertirse en una parte de la vida de los niños durante la infancia media debido a su crecimiento físico y habilidades nuevas.

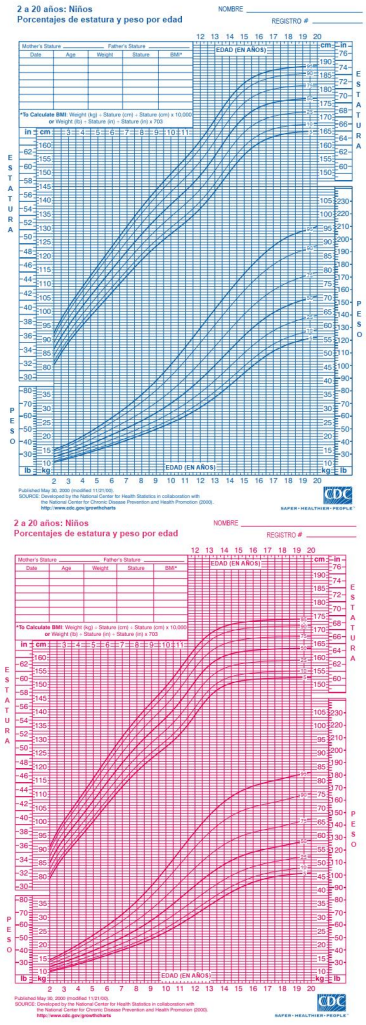


Figura 10.2: Estatura por edad y peso por edad percentiles. (Imagennes por el CDC está en el dominio público)

Contribuyentes y atribuciones

3. Polan EU, Taylor DR. Journey Across the LifeSpan: Human Development and Health Promotion. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2003, 150–51

This page titled 10.2: El crecimiento físico is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.3: Necesidades nutricionales

Hay un número de factores que pueden influir en los hábitos alimenticios de los niños y su actitud hacia la comida. El entorno familiar, las tendencias sociales, las preferencias de sabor, y los mensajes en los medios, todo impacta en las emociones que los niños desarrollan en relación con su dieta. Los anuncios de televisión pueden atraer a los niños a consumir productos azucarados, alimentos grasos, al exceso de calorías, ingredientes refinados y sodio. Por lo tanto, es muy importante que los padres y cuidadores dirijan a los niños a elecciones más saludables.[5]

Los padres tienen un gran impacto en las elecciones de nutrición de sus hijos. Así esta ocasión la vida de un niño nos brinda la oportunidad para que los padres y otros cuidadores refuercen los buenos hábitos alimenticios y para introducir nuevos alimentos en su dieta, sin perder de vista las preferencias del niño. Los padres también asumen el rol de modelos para sus hijos, que a menudo imitan su comportamiento y hábitos alimenticios. Los padres deben continuar ayudando a su niño en edad escolar a establecer hábitos alimenticios saludables y actitudes adecuadas hacia la comida. Su función principal es llevar una amplia variedad de alimentos que promuevan la salud en el hogar, para que así sus hijos puedan tomar las decisiones correctas.[6]

¿Pensemos por un momento en lo que nuestros padres y abuelos solían comer? ¿Cuáles son algunas de las diferencias que tú has experimentado como niño?

Hace cien años, las familias se sentaron a cenar, a comer patatas hervidas o maíz, vegetales de hoja verde como repollos o coles, pan recién horneado, y si fueran afortunados, una pequeña cantidad de carne de res o pollo. Jóvenes y viejos por igual se beneficiaron de una dieta sana que lleva un verdadero valor nutritivo. Los tiempos han cambiado. Muchas familias hoy llenan sus platos con alimentos grasos, tales como las patatas fritas cocinadas en aceite vegetal, una hamburguesa que contiene varias onzas de carne de res molida y un bollo de pan blanco, con una sola pieza de lechuga y una rodaja o dos de tomate como los únicos vegetales en esta comida.

Figura 10.3: Una comida moderna. (Imagenn se distribuye bajo licencia de CC0)

Nuestra dieta ha cambiado drásticamente con la llegada de los alimentos procesados, que no existían hace un siglo, y alimentos de origen animal que en la actualidad representan un gran porcentaje de nuestras calorías. No sólo ha cambiado lo que comemos, sino también la cantidad de ella que consumimos ha aumentado drásticamente, así como los platos y tamaño de las porciones han crecido en tamaño. Todas estas características impactan nuestra salud, con consecuencias a corto y largo plazo a medida que envejecemos. Posibles efectos en el corto plazo incluyen aumento de peso excesivo y estreñimiento. Los posibles efectos a largo plazo, son relacionados principalmente con la obesidad, y estos incluyen el riesgo de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, así como otros problemas de salud y emocionales para los niños. Centros de Control y Prevención de Enfermedades. “sobrepeso y obesidad: las consecuencias en la salud.”[8]

Durante la infancia media, una dieta saludable facilita el Desarrollo físico y mental y ayuda a mantener la salud y el bienestar. Niños en edad escolar experimentan un crecimiento constante, pero a un ritmo más lento de lo que lo hicieron en la primera infancia. Esta tasa de crecimiento más lento puede tener un impacto duradero nutricional si, las calorías, y los niveles de actividad nutricionales no se ajustan en la infancia media estos pueden conducir al aumento de peso excesivo temprano en la vida y también pueden conducir a la obesidad en la adolescencia y edad adulta.[9]

Asegurarse de que los niños tienen nutrientes adecuados permite el crecimiento y el desarrollo óptimos. Mira la siguiente imagen para familiarizarte con los alimentos y el tamaño en las porciones de las comidas saludables.

Figura 10.4: Guías de nutrición de la USDA. (Imagen por el USDA está en el dominio público)

Una forma de animar a los niños a comer alimentos saludables es hacer la hora de la comida y merienda divertidos e interesantes. Los padres deben incluir a los niños en la planificación y preparación de alimentos, por ejemplo, seleccionamos los artículos que utilizaremos, mientras realizamos las compras en el supermercado o ayudar a preparar una parte de la comida, como hacer una ensalada. Podemos aprovechar también para educar a los niños sobre la seguridad en la cocina. Podría resultar útil cortar los sándwiches, carnes, tortitas en pedazos pequeños o de formas interesantes. Además, los padres deben ofrecer postres nutritivos, como frutas frescas, en lugar de las galletas cargadas en calorías, pasteles, aperitivos salados y helados. Los estudios demuestran que los niños que comen en familia de manera frecuente consumen alimentos más nutritivos.[11]

Energía

Las necesidades de energía de los niños varían, dependiendo de su crecimiento y nivel de actividad física. Los requerimientos de energía también varían según el género. Las niñas requieren 1.200 a 1.400 calorías al día entre los 2 a 8 años y 1,400 a 1,800 para las niñas de 9 a 13 años. Los niños también necesitan 1.200 a 1.400 calorías diarias entre los 4 a 8 años de edad, pero sus necesidades calóricas diarias suben de 1,600 a 2,000 calorías entre los 9 a 13 años. Estos rangos representan las diferencias individuales, incluyendo lo activos que pudieran ser estos.[12]

Ingestas recomendadas de **macronutrientes** (proteínas, carbohidratos y grasas) y la mayoría de los **micronutrientes** (vitaminas y minerales) son más altos en relación con el tamaño del cuerpo, en comparación con las necesidades de nutrientes durante la edad adulta. Por lo tanto, los niños deben estar provistos de alimentos ricos en nutrientes a la hora de la merienda y la comida. Sin embargo, es importante no sobrealimentar a los niños, ya que esto puede conducir a la obesidad infantil, la cual es discutida en la siguiente sección.

Los niños y el vegetarianismo

Otro problema que enfrentan algunos padres con niños en edad escolar es la decisión de animar a un niño a convertirse en un vegetariano o vegano. Algunos padres y cuidadores deciden criar a sus hijos como vegetarianos por salud, o cultura, o por otras razones. Los preadolescentes y adolescentes pueden tomar la decisión de perseguir el vegetarianismo por su cuenta, debido a la preocupación por los animales o el medio ambiente. No importa la razón, los padres con niños vegetarianos deben tener cuidado para asegurarse que los niños vegetarianos obtengan alimentos saludables y nutritivos que les aporten todos los nutrientes necesarios.

Tipos de dietas vegetarianas

Hay varios tipos de vegetarianos, cada uno con ciertas restricciones en sus respectivas dietas:

- **Ovo-vegetarianos.** Los ovo-vegetarianos comen huevos, pero no comen ningún otro producto de origen animal.
- **Lacto-ovo-vegetarianos.** Lacto-ovo-vegetarianos comen huevos y productos lácteos, pero no comen carne.
- **Lacto-vegetarianos.** Lacto-vegetarianos comen productos lácteos, pero no comen ningún otro producto de origen animal.
- **Los veganos.** Los veganos comen sólo alimentos de origen vegetal, y no consumen ningún producto de origen animal.

Figura 10.5: Un ejemplo de un almuerzo escolar. (Imagenn por Sunnya343 se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0)

Millones de niños crecen en hogares con inseguridad alimentaria con dietas inadecuadas debido tanto a la cantidad de alimento disponible y la calidad de los alimentos. En los Estados Unidos, alrededor del 20 por ciento de los hogares con niños tienen inseguridad alimentaria en algún grado. En la mitad de estos, los adultos son los que experimentan la inseguridad alimentaria, mientras que en la otra mitad los adultos y los niños están considerados dentro la inseguridad alimentaria, lo que significa que los niños no tienen acceso a comidas nutritivas adecuadas, en algunas ocasiones.[14]

Los niños y la malnutrición

La mayoría podría no saber que la desnutrición es un problema que muchos niños enfrentan, tanto en los países en desarrollo y también en los desarrollados. Incluso con la gran cantidad de alimentos en América del Norte, muchos niños crecen desnutridos, o incluso con hambre. La oficina de censo de los Estados Unidos define a los hogares en los siguientes grupos:

- seguridad alimentaria
- inseguridad alimentaria sin hambre
- inseguridad alimentaria con hambre moderada
- inseguridad alimentaria con hambre severa

Millones de niños crecen en hogares con inseguridad alimentaria con dietas inadecuadas debido tanto a la cantidad de alimento disponible y la calidad de los alimentos. En los Estados Unidos, alrededor del 20 por ciento de los hogares con niños tienen inseguridad alimentaria en algún grado. En la mitad de estos, los adultos son los que experimentan la inseguridad alimentaria, mientras que en la otra mitad los adultos y los niños están considerados dentro la inseguridad alimentaria, lo que significa que los niños no tienen acceso a comidas nutritivas adecuadas, en algunas ocasiones.[15]

Crecer en un hogar de inseguridad alimentaria puede conducir a una serie de problemas. Las deficiencias de hierro, zinc, proteínas y vitamina A, puede causar retraso en el crecimiento, enfermedad y el desarrollo limitado. Los programas federales, como el programa nacional de almuerzo y desayunos escolares y los programas de alimentación de verano, trabajan para hacer frente al riesgo de hambre y la malnutrición de los niños en edad escolar. Estos ayudan a llenar los vacíos y proporcionan a los niños que viven en hogares con inseguridad alimentaria un mayor acceso a comidas nutritivas.[16]

Programas de almuerzo escolar[17]

Muchos niños en edad escolar toman el desayuno, aperitivos, y el almuerzo en sus escuelas. Por lo tanto, es importante que las escuelas proporcionen comidas que son nutricionalmente sanas. En los Estados Unidos, a más de treinta y un millones de niños de familias de bajos recursos se les proporciona comidas gracias al Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Este programa con fondos federales ofrece a bajo costo o ninguno, desayunos, aperitivos y almuerzos en las instalaciones escolares. Los distritos escolares que participan reciben subvenciones del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) para cada comida que sirven deben cumplir con las directrices dietéticas para estadounidenses del 2015.

Sabiendo que muchos niños en los Estados Unidos compran o reciben comida gratis en la cafetería de la escuela, valdría la pena mirar el contenido nutricional de los almuerzos escolares. Puede obtener esta información a través de la página web de su distrito escolar local. Un ejemplo de un menú escolar del distrito escolar en el centro norte de Texas es una comida que consiste en pasta Alfredo, una pieza de pan, una copa de durazno, sopa de tomate, un bizcocho, y el 2% de leche que está en cumplimiento de las directrices federales de nutrición. Consideremos otro menú de una escuela primaria en el estado de Washington. Esta comida se compone de hamburguesa de pollo, patatas fritas crujientes, frutas, verduras, y el 1% de leche sin grasa. Esta comida está también en el cumplimiento de las directrices federales de nutrición, pero tiene aproximadamente 300 calorías menos que el menú en Texas. Esta es una gran diferencia en calorías y valores nutricionales de estos almuerzos que son escogidos y aprobados por los funcionarios en nombre de los niños en estos distritos.

Figura 10.6: Niños almorzando juntos en la escuela. (Imagenn por el USDA está en el dominio público)

Las Campañas de almuerzo saludable en las escuelas ayudan a promover la salud de los niños. Esto se hace mediante la educación de los funcionarios públicos, funcionarios escolares, trabajadores de servicio de alimentos, y los padres y está patrocinado por el Comité de Médicos por una Medicina Responsable. Ellos educan y animan a las escuelas a ofrecer bajo contenido graso, cero de colesterol en los comedores escolares y en las máquinas expendedoras y trabajar para mejorar la comida que se sirve a los niños en la escuela. Por desgracia, muchos distritos escolares de la nación permiten a los estudiantes a comprarse, papas fritas, galletas y helados junto con sus comidas. Estos distritos se basan en la venta de estos artículos en los comedores para obtener ingresos adicionales. No sólo están haciendo dinero a costa de los niños y las familias con comida chatarra, sino que también adicionan calorías vacías en su consumo diario. Estos distritos tienen que mirar los menús y determinar la razón y por qué ofrecen aperitivos y postres adicionales a los niños en sus escuelas. Ya sea que los niños reciban la comida gratis, o la compren ellos mismos, o la traigan desde sus casas, una nutrición de calidad es lo mejor para estos cuerpos y mentes en crecimiento.

Las alergias alimentarias e intolerancias alimentarias

La intolerancia a los alimentos y las alergias alimentarias son un problema para algunos niños en edad escolar. Estudios recientes muestran que tres millones de niños menores de dieciocho años de edad son alérgicos a por lo menos un tipo de alimento. Algunas de las más comunes **alergias alimentarias** provienen de alimentos que incluyen cacahuetes, leche, huevos, soja, trigo y mariscos. Una alergia se produce cuando una proteína en los alimentos desencadena una respuesta inmune, lo que resulta en la liberación de anticuerpos, histamina y otros defensores que atacan cuerpos extraños. Los posibles síntomas incluyen picazón en la piel, urticaria, dolor abdominal, vómitos, diarrea y náuseas. Los síntomas generalmente se desarrollan en cuestión de minutos a horas después de consumir un alérgeno alimentario. Los niños pueden superar esta alergia a los alimentos, especialmente alergias al trigo, leche, huevos o soja.[19]

Anafilaxia es una reacción potencialmente mortal que resulta en dificultad para respirar, hinchazón en la boca y la garganta, disminución de la presión arterial, shock, o incluso la muerte. Leche, huevos, trigo, soja, pescado, mariscos, maní y nueces de árboles son los más propensos a desencadenar este tipo de respuesta. Una dosis del fármaco se administra a menudo epinefrina a través de un “lapicero” para tratar a una persona que entra en shock anafiláctico.[20]

Figura 10.7: Un EpiPen. (Imagen por Sean William se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

Algunos niños experimentan una **intolerancia a los alimentos**, que no implica una respuesta inmune. Una intolerancia a los alimentos se caracteriza por síntomas desagradables que se producen después de consumir ciertos alimentos. Intolerancia a la lactosa, aunque poco frecuente en los niños muy pequeños, es un ejemplo. Los niños que sufren de esta condición experimentan una reacción adversa a la lactosa en los productos lácteos. Es el resultado de la incapacidad del intestino delgado para producir suficiente de la enzima lactasa. Los síntomas de la intolerancia a la lactosa generalmente afectan el tracto gastro-intestinal y pueden incluir distensión abdominal, dolor abdominal, gases, náuseas y diarrea. Una intolerancia se maneja mejor al hacer cambios en la dieta y evitar cualquier alimento que provoque la reacción.[22]

El sobrepeso y la obesidad en los niños

El exceso de peso y obesidad en niños se asocia con una variedad de condiciones médicas, incluyendo presión arterial alta, resistencia a la insulina, inflamación, la depresión, y menor rendimiento académico (Lu, 2016). Sufrir de sobrepeso también se ha relacionado con alteraciones del funcionamiento cerebral, que incluye déficits en el funcionamiento ejecutivo, la memoria de trabajo, flexibilidad mental, y la toma de decisiones (Liang, Matheson, Kaye, y Boutelle, 2014). Los niños que comían más grasas saturadas tenían un peor desempeño en tareas de memoria relacional, mientras que comer una dieta rica en ácidos grasos y omega-3 los ácidos grasos promueven habilidades de memoria relacional (Davidson, 2014). El uso de los estudios en animales, Davidson et al. (2013) encontraron que grandes cantidades de azúcares procesados y grasas saturadas debilitan la barrera sangre-cerebro, especialmente en el hipocampo. Esto puede hacer que el cerebro sea más vulnerable a las sustancias nocivas que pueden afectar su funcionamiento. Otra habilidad importante en la función ejecutiva es el control de los impulsos y retrasar la gratificación. Los niños con sobrepeso muestran un menor control inhibitorio que los niños con peso normal, lo que puede hacer que sea más difícil para ellos evitar los alimentos poco saludables (Lu, 2016). En general, ser un niño con sobrepeso aumenta el riesgo de deterioro cognitivo a medida que envejecemos.

Figura 10.8: Hay ciertos riesgos de salud asociados con el sobrepeso. (Imagenn por Gaulsstin se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

La medición para determinar el exceso de peso es el **Índice de Masa Corporal (IMC)**, que expresa la relación entre la altura y el peso. De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), niños cuyo IMC es igual o superior al 85º percentil para su edad se les considera con **sobrepeso**, mientras que los niños que están en o por encima del percentil 95º son considerados **obesos** (Lu, 2016). En 2011-2012 aproximadamente 8,4% de los niños entre los 2 a 5 años de edad se les consideró con sobrepeso u obesos, y 17,7% de entre 6 a 11 años de edad tenían sobrepeso u obesidad (CDC, 2014b).[24]

Las tasas de obesidad para niños: Alrededor de un 16 a 33 por ciento de los niños estadounidenses son obesos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2005). Este se define como al menos 20 por ciento sobre su peso ideal. El porcentaje de obesidad en niños en edad escolar ha aumentado sustancialmente desde la década de 1960, y de hecho se ha duplicado desde la década de 1980. Esto es cierto en parte debido a la introducción de una dieta constante de otras actividades sedentarias y la televisión. Además, hemos llegado a enfatizar el alto contenido de grasas, en comidas rápidas como parte de nuestra cultura. Pizza, hamburguesas, nuggets de pollo y "Lunchables" con refrescos han sustituido a los alimentos más nutritivos como alimento básico. La disminución de la participación en educación física de la escuela y los deportes juveniles es sólo uno de muchos factores que han llevado a un aumento de los niños con sobrepeso u obesidad.

El exceso de peso puede ser una lucha permanente

Una preocupación creciente es la falta de reconocimiento por parte de los padres que los niños tienen sobrepeso o son obesos. Katz (2015) se refiere a esto como "**oblivobesity**". Black et al. (2015) encontraron que los padres en el Reino Unido (UK) solamente reconocen a sus hijos como obesos cuando estaban por encima del percentil 99. 7º mientras que el límite oficial para la obesidad está en el percentil 85º. Oude Luttikhuis, Stolk, y Sauer (2010) encuestaron a 439 padres y encontraron que el 75% de los padres de niños con sobrepeso dijo que el niño tenía un peso normal y el 50% de los padres de niños obesos dijeron también que el niño tenía un peso normal. Para estos padres, el sobrepeso lo consideran como normal y la obesidad la consideran normal o dicen ellos un poco pesados. Doolen, Alpert, y Miller (2009) informaron sobre varios estudios del Reino Unido, Australia, Italia y los Estados Unidos, y en todos los lugares los padres eran mucho más propensos a percibir erróneamente el peso de sus hijos. Black, Park, y Gregson (2015) concluyeron que a medida que el peso medio de los niños aumenta, lo que los padres consideran normal también se eleva. Si los padres no pueden identificar si sus hijos tienen sobrepeso no van a ser capaces de intervenir y ayudar a sus hijos a controlar el peso adecuado.

Una preocupación adicional es que los propios niños no están identificando con precisión si tienen sobrepeso. En una muestra de los Estados Unidos de entre los 8 a 15 años de edad, más del 80% de los niños tienen sobrepeso y el 70% de las niñas tienen sobrepeso malinterpretando su peso como si este fuese normal (Sarafrazi, Hughes, y Borrud, 2014). También se observó fue que a medida que el nivel socioeconómico de los niños aumentó, la frecuencia de estos conceptos erróneos disminuye. Parecía que las familias con más recursos eran más conscientes de lo que define a un peso saludable.

Resultados de la obesidad infantil

Los niños que tienen sobrepeso tienden a ser rechazados, ridiculizados, burlados y acosados por otros (StopBullying.gov, 2016). Esto sin duda puede ser perjudicial para su imagen y popularidad. Además, los niños obesos corren el riesgo de sufrir problemas ortopédicos tales como lesiones en la rodilla, y tienen un mayor riesgo de enfermedades del corazón y derrame cerebral en la edad adulta (Lu, 2016). Es difícil para un niño que es obeso convertirse en un adulto no obeso. Además, el número de casos de diabetes pediátrica ha aumentado de forma espectacular en los últimos años.

Las intervenciones conductuales, incluyendo la formación de los niños para superar el comportamiento impulsivo, se está investigando para ayudar a los niños con sobrepeso (Lu, 2016). La práctica de la inhibición ha demostrado que fortalece la capacidad de resistir los alimentos poco saludables. Los padres pueden ayudar mejor a sus hijos cuando son cálidos y solidarios sin

el uso de la vergüenza o culpa. También pueden actuar en el lóbulo frontal del niño hasta que se desarrolla al ayudarles a tomar decisiones correctas de alimentos y alabar sus esfuerzos (Liang, et al., 2014). La investigación también muestra que el ejercicio, especialmente el ejercicio aeróbico, puede ayudar a mejorar el funcionamiento cognitivo en niños con sobrepeso (Lu, 2016). Los padres deben tomar precauciones en contra de enfatizar la dieta sola para evitar el desarrollo de cualquier obsesión por las dietas que pueden dar lugar a trastornos de la alimentación. En cambio, incrementar el nivel de actividad del niño es de mucha más ayuda.

Hacer dieta no es realmente la respuesta. Con la dieta, su tasa metabólica basal tiende a disminuir haciendo que el cuerpo queme menos calorías con el fin de mantener el peso. Incrementar la actividad es mucho más eficaz en la reducción del peso y mejorar la salud del niño y el bienestar psicológico. El ejercicio reduce el estrés, ser un niño con sobrepeso, sometido a la burla de los demás sin duda puede ser estresante. Los padres deben tomar precauciones en contra de enfatizar la dieta sola para evitar el desarrollo de cualquier obsesión por las dietas que pueden dar lugar a trastornos de la alimentación en la adolescencia. Una vez más, ayudar a los niños a escoger alimentos sanos y aumentar la actividad física le ayudará Prevenir la obesidad infantil.[25]

Contribuyentes y atribuciones

5. Research on the Benefits of Family Meals. Dakota County, Minnesota. Actualización 30 de abril de 2012. Fecha de consulta 4 de diciembre de 2017.

6. Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

8. An Introduction to Nutrition por Maureen Zimmerman and Beth Snow se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

9. Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0 (modificado por Rymond)

11. Research on the Benefits of Family Meals. Condado de Dakota, Minnesota. Actualización 30 de abril de 2012. Fecha de consulta 4 de diciembre de 2017.

12. Parent Tips – Calories Needed Each Day por el NIH está en el dominio público

14. An Introduction to Nutrition por Maureen Zimmerman and Beth Snow se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

15. Coleman-Jensen A, et al. Household Food Security in the United States in 2010. US Department of Agriculture, Economic Research Report, no. ERR-125; 2011.

16. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, autorizado por CC BY 4.0 (modificado por Dawn Rymond) Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0 (modificado por Dawn Rymond)

17. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, autorizado por CC BY 4.0 (modificado por Dawn Rymond) Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0 (modificado por Dawn Rymond)

19. Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

20. Food Allergy Quick Facts. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. Actualizado el27 de marzo de 2017. Fecha de consulta 10 de diciembre de 2017.

Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

22. Lactose Intolerance. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Actualizado en June 2014. Fecha de consulta 4 de diciembre de 2017.; Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

24. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

25. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Dawn Rymond); Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen

Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, autorizado por CC BY 4.0 (modificado por Dawn Rymond)

This page titled 10.3: Necesidades nutricionales is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.4: Ejercicio, estado físico y deportes

Recreo y educación física: El recreo es un tiempo para el juego libre y la Educación Física la (EF) es un programa estructurado que enseña habilidades, reglas y juegos. Son una parte importante del estado físico de los niños en edad escolar. Para muchos niños, EF y el recreo son el componente clave en la introducción de los niños a los deportes. Después de años del recorte de los programas de recreo y EF, ha producido un cambio alrededor de las escuelas, impulsado por las preocupaciones sobre la obesidad infantil y los problemas de salud relacionados. A pesar de estos cambios, en la actualidad sólo el estado de Oregón y el Distrito de Columbia tienen directrices de EF de un mínimo de 150 minutos por semana de actividad física en la escuela primaria y 225 minutos en la secundaria (SPARC, 2016).

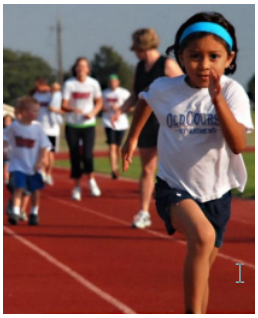


Figura 10.10: Una niña corriendo en un campo de atletismo. (Imagenn por Laughlin Air Force Base está en el dominio público)

Deportes organizados: pros y contras

La infancia media parece ser un buen momento para introducir a los niños a los deportes organizados, y, de hecho, muchos padres lo hacen. Casi 3 millones de niños juegan al fútbol en los Estados Unidos (Estados Unidos Fútbol Juvenil, 2012). Esta actividad promete ayudar a los niños a construir habilidades sociales, mejorar deportivamente y aprender un sentido de competencia. Sin embargo, el énfasis en la competencia y la habilidad atlética puede ser contraproducentes y llevar a los niños a crecer cansados del juego y queriendo renunciar. En muchos aspectos, parece que las actividades de los niños ya no son actividades de niños una vez que los adultos se involucran se aproximan a los juegos con mentalidad competitiva en lugar de la diversión. La Federación de Fútbol de Estados Unidos recientemente aconsejó a los entrenadores en reducir la cantidad de entrenamiento estricto que realizan durante la práctica para permitir que los niños jueguen con mayor libertad y elegir sus propias posiciones. La esperanza es que esto construya en ellos un amor por el juego y fomente sus talentos naturales.

Los deportes son importantes para los niños. La participación de los niños en el deporte se ha relacionado con:

- Niveles más altos de satisfacción con la familia y la calidad de vida de los niños
- Desarrollo físico y emocional mejorado
- Mejor rendimiento académico

Sin embargo, un estudio sobre los deportes de los niños en los Estados Unidos (Sabo y Veliz, 2008) ha encontrado que el género, la pobreza, la ubicación, el origen étnico y la discapacidad pueden limitar las oportunidades de participar en los deportes. Las niñas tenían más probabilidades de no haber participado en ningún tipo de deporte.

Este estudio también encontró que los padres no pueden estar ofreciendo a sus hijas tanto apoyo como lo hacen con sus hijos. Mientras que los niños calificaron a su padre como su más grande mentor que les enseñó la mayor parte de los deportes, las niñas señalaron a entrenadores y maestros de educación física como sus mentores principales. Sabo y Veliz también encontraron que los niños de los barrios suburbanos tenían una participación mucho mayor en los deportes que los niños y niñas que viven en centros urbanos o rurales. Además, las niñas y los niños caucásicos participaron en deportes organizados en mayor proporción que los niños de minorías. Con un enfoque renovado, hombres y mujeres pueden beneficiarse de todos los deportes y la actividad física.[27]

Figura 10.11: Deportes comunitarios. (Imagen por el Department of Defense está en el dominio público)

Bienvenido al mundo de los deportes electrónicos (E-Sports)

La reciente Política Deportiva e Investigación Colaborativa (2016) reportaron en la “State of Play” en los Estados Unidos poniendo de manifiesto una tendencia preocupante. Uno de cada cuatro niños entre las edades de 5 y 16 tiende a jugar juegos de ordenador con sus amigos como una forma de ejercicio. Además, los e-sports, que como SPARC escribe es un deporte parecido al póquer, involucra a los niños el ver a otros niños jugar videojuegos. Más de la mitad de los varones y el 20% de las mujeres, entre 12 a 19 años de edad, dicen que son fanáticos de los e-sports. El juego es una parte importante de la infancia y la actividad física ha demostrado que ayuda a los niños en su desarrollo y crecimiento. Los adultos y los cuidadores deben mirar lo que están haciendo sus niños en el día para dar prioridad a las actividades en las que deberían centrarse.[29]

Figura 10.12: Un grupo de niños jugando videojuegos. (Imagenn por Gamesingear se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

Contribuyentes y atribuciones

27. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Dawn Rymond)

29. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Dawn Rymond)

This page titled 10.4: Ejercicio, estado físico y deportes is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.5: Salud física

Visión y audición

El problema de visión más común en la infancia media es la miopía, 25% de los niños son diagnosticados a finales de la infancia media. La miopía puede ser corregida mediante el uso de gafas con lentes correctores.

Figura 10.13: Un niño que recibe un examen ocular. (Imagenn está en el dominio público)

Los niños pueden tener muchas infecciones del oído en la primera infancia, pero no es tan común dentro del rango de los 6 a 12 años. Numerosas infecciones del oído durante la infancia media pueden provocar dolores de cabeza y migrañas, que pueden resultar en la pérdida de audición.[32]

Salud dental

Los niños en la infancia media comenzarán o continuarán la pérdida de los dientes. Ellos experimentan la pérdida de dientes, “de bebe” o dientes de leche, y la llegada de los dientes permanentes, que suele comenzar a los seis o siete años. Es importante que los niños sigan viendo un dentista dos veces al año para asegurarse de que estos dientes estén sanos.

Los alimentos y nutrientes que los niños consumen también son importantes para la salud dental. Ofrecer alimentos saludables y aperitivos a los niños y cuando los niños comen dulces o alimentos pegajosos, deberían cepillarse los dientes inmediatamente después.

Figura 10.14: Un niño se lava los dientes. (Imagen por Latrobebohs se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

Los niños deben usar el hilo dental diariamente y cepillarse los dientes al menos dos veces al día: por la mañana, antes de acostarse, y preferiblemente después de las comidas. Los niños más pequeños necesitan ayuda para cepillarse los dientes correctamente. Trate de cepillarse los dientes primero y luego déjelos que terminen. Se podría tratar de usar un temporizador o una canción favorita para que su niño aprenda a cepillarse durante 2 minutos. Se anima a los padres o cuidadores que supervisen el cepillado hasta que su hijo tenga 7 u 8 años de edad para evitar la caries dental.

La mejor defensa contra la caries dental es usar el hilo dental, cepillar y adicionar flúor; un mineral que se encuentra en la mayor parte del agua del grifo. Si el agua no tiene fluoruro, pedir a un dentista las gotas de fluoruro, gel o barniz. También pregunte al dentista de su hijo acerca de los selladores, una manera simple, libre de dolor de prevenir la caries dental. Estos recubrimientos delgados de plástico están pintados en las superficies de masticación de los dientes posteriores permanentes. Rápidamente se endurecen para formar un escudo protector contra los gérmenes y comida. Si una pequeña cavidad es cubierta accidentalmente por el sellador, la caries no se extenderá porque los gérmenes atrapados en su interior están sellados fuera de su suministro de alimento.

La salud dental de los niños necesita supervisión continua mientras los niños pierden sus dientes y le salen los nuevos. Muchos niños tienen alguna mal oclusión (cuando la forma en que los dientes superiores e inferiores no están correctamente colocados, incluidas las mordidas abiertas y sobre mordidas) o la mala posición de los dientes, lo cual puede afectar su capacidad para masticar comida, el uso del hilo dental, y el cepillado correcto. Los dentistas pueden recomendar ver a un ortodontista para

mantener una salud dental adecuada. La salud dental es extremadamente importante mientras los niños crecen más independientes realizando sus elecciones de alimentos y cuando empiezan a hacerse cargo del uso del hilo dental y el cepillado. Los padres pueden facilitar esta transición promoviendo una alimentación saludable y una higiene dental adecuada.[34]

Diabetes en la infancia

Hasta hace poco la diabetes en niños y adolescentes se pensó casi exclusivamente como tipo 1, pero ese pensamiento ha evolucionado. La diabetes tipo 1 es la forma más común de diabetes en los niños y es el resultado de la falta de producción de insulina debido a un sistema inmunológico hiperactivo. La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes en los EEUU Se utiliza para ser referido como diabetes del adulto, ya que no era común en la infancia. Pero con el aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, más diagnósticos están sucediendo antes de la edad adulta. También es importante tener en cuenta que el tipo 2 afecta de manera desproporcionada a los jóvenes de las minorías.[35]

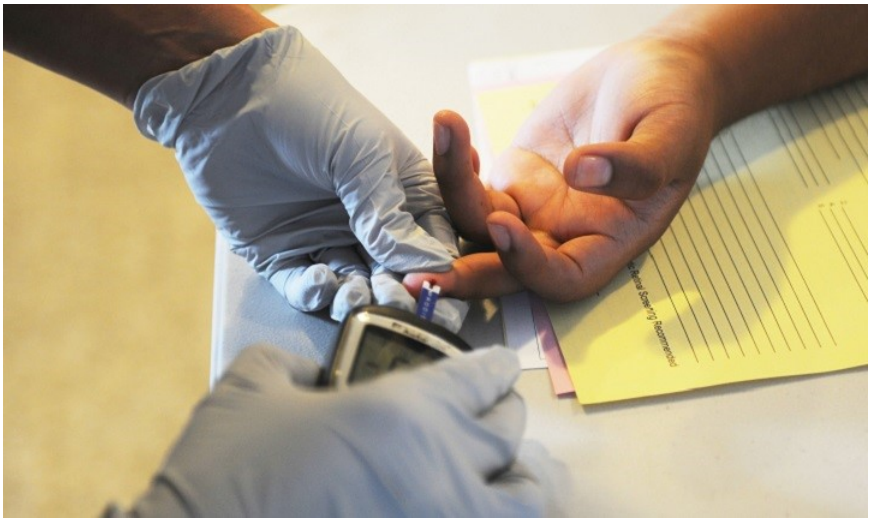


Figura 10.15: La prueba de pinchazo en el dedo. (Imagen por el U.S. Army está en el dominio público)

Asma

El asma infantil que no es controlado puede hacer que sea difícil para ellos desarrollar todo su potencial. El asma es una enfermedad pulmonar crónica que inflama y estrecha las vías respiratorias. El asma causa períodos de respiración sibilante (un silbido al respirar), opresión en el pecho, falta de aliento recurrente, y tos. La tos se produce a menudo por la noche o temprano por la mañana. El asma afecta a personas de todas las edades, pero es más común su inicio en la infancia. En los Estados Unidos, más de 25 millones de personas se sabe que tienen asma. Alrededor de 7 millones de estas personas son niños.

Para entender el asma, es muy útil saber cómo trabajan las vías respiratorias. Las vías respiratorias son tubos que llevan el aire dentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen asma tienen las vías respiratorias inflamadas. La inflamación hace que las vías respiratorias se hinchen y sean muy sensibles. Las vías respiratorias tienden a reaccionar fuertemente a ciertas sustancias inhaladas. Cuando las vías respiratorias reaccionan, los músculos se contraen alrededor de ellos. Esta estrecha las vías respiratorias, causando que fluya menos aire a los pulmones. La inflamación también puede empeorar, por lo que las vías respiratorias se estrechan más aún. Las células en las vías respiratorias podrían producir más mucosidad de lo normal. El moco es un líquido pegajoso, espeso que puede reducir aún más las vías respiratorias. Esta reacción en cadena puede resultar en síntomas de asma. Los síntomas pueden ocurrir cada vez que las vías respiratorias se inflaman.

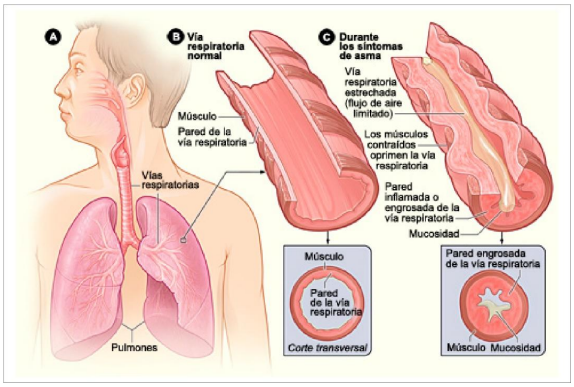


Figura 10.16: La figura A muestra la ubicación de los pulmones y las vías respiratorias en el cuerpo. La figura B muestra una sección transversal de una vía respiratoria normal. La figura C muestra una sección transversal de una vía respiratoria durante los síntomas del asma. (Imagen por el National Heart, Lung, and Blood Institute está en el dominio público)

A veces los síntomas del asma son leves y desaparecen por sí solos o después de un tratamiento mínimo con medicamentos para el asma. Otras veces, los síntomas siguen empeorando. Cuando los síntomas se hacen más intensas y / o más síntomas ocurren, claramente estas sufriendo un ataque de asma. Los ataques de asma son también llamados brotes o exacerbaciones.

Figura 10.17: Las diferentes cosas que pueden desencadenar el asma. (Imagen por 7mike5000 se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0 (Imagen modificada a partir de un video por el CDC, el cual se encuentra bajo el dominio público)

En el tratamiento de los síntomas es muy importante saber cuándo se sufrió por primera vez. Esto ayuda a prevenir que los síntomas empeoren causando un ataque de asma grave. Los ataques de asma severos pueden requerir atención de emergencia, ya que pueden ser fatales. El asma no tiene cura. Incluso cuando se sienta bien, usted todavía tiene la enfermedad y esta puede estallar en cualquier momento.

Sin embargo, con el conocimiento y los tratamientos de hoy en día, la mayoría de las personas que tienen asma son capaces de manejar la enfermedad. Tienen pocos síntomas, si los hay. Ellos pueden llevar una vida normal y activa y dormir toda la noche sin interrupción del asma. Si usted tiene asma, puede tener un papel muy activo en el manejo de esta enfermedad. Para el éxito del tratamiento, completo y quizá permanentemente, debe construir fuertes relaciones con su médico y otros proveedores de atención médica.[39]

El estrés de la niñez

Tómese un momento para pensar acerca de cómo lidiar con el estrés y cómo le afecta. ¿Ahora piense en el impacto que el estrés puede tener sobre un niño y su desarrollo?

Por supuesto, los niños experimentan estrés y diferentes tipos de factores estresantes de forma diferente. No todo el estrés es malo. La tensión diaria normal puede proporcionar una oportunidad para que los niños pequeños puedan desarrollar habilidades de afrontamiento y presenta poco riesgo para el desarrollo. Incluso eventos estresantes más duraderos, como el cambio de escuela o la pérdida de un ser querido pueden ser manejados bastante bien. Pero los niños que experimentan estrés tóxico o que viven en situaciones extremadamente estresantes de abuso durante largos períodos de tiempo pueden sufrir efectos a largo plazo. Las estructuras en el cerebro medio o sistema límbico, como el hipocampo y la amígdala pueden ser vulnerables al estrés prolongado

durante la infancia temprana (Middlebrooks y Audage, 2008). Los altos niveles de la hormona del estrés cortisol pueden reducir el tamaño del hipocampo y afectar las capacidades de memoria del niño. Las hormonas del estrés también pueden reducir la inmunidad a las enfermedades. Si el cerebro está expuesto a largos períodos de estrés severo se puede desarrollar un umbral bajo haciendo que el niño sea hipersensible al estrés en el futuro. Sean cuales sean los efectos del estrés, pueden reducirse al mínimo si un niño aprende a hacer frente a los factores de estrés y desarrollar estrategias de afrontamiento con el apoyo de los adultos que los cuidan. Es fácil saber cuándo su niño tiene fiebre u otros síntomas físicos. Sin embargo, los problemas de salud mental de un niño pueden ser más difíciles de identificar. En la siguiente sección, veremos trastornos de salud mental en la infancia.[40]

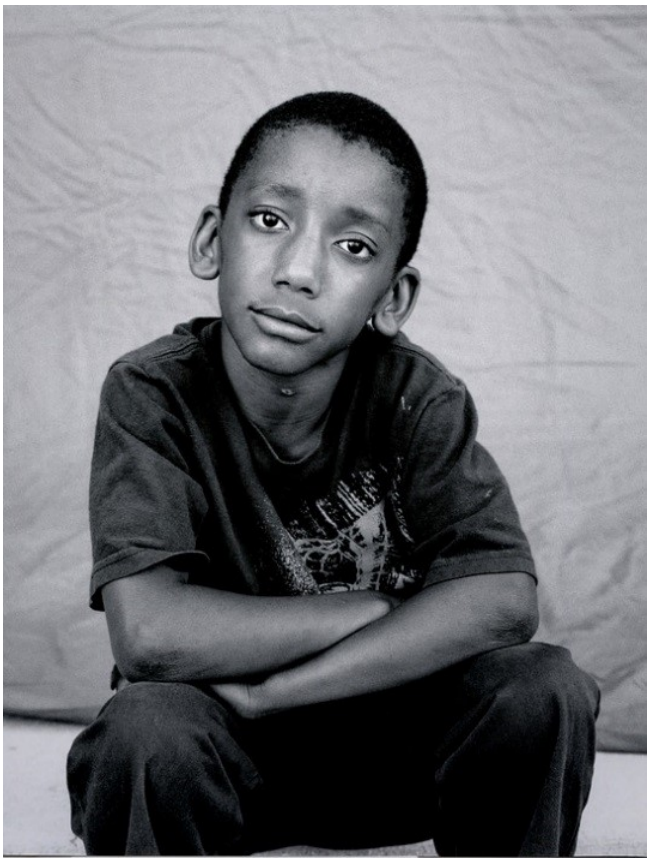


Figura 10.18: Los niveles elevados y constantes de estrés pueden influir negativamente en el cerebro. (Imagen por Leroy_Skalstad en Pixabay)

Contribuyentes y atribuciones

32. Rathus, Spencer A. (2011). Childhood & adolescence voyages in development. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

34. Chew on This - Healthy Teeth for Baby and Beyond por el National Institutes of Health está en el dominio público (modificado por Dawn Rymond)

Childhood por University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0 (modificado por Dawn Rymond)

35. Diabetes por el National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases está en el dominio público

Preventing Type 2 Diabetes - Steps Toward a Healthier Life por el National Institutes of Health está en el dominio público

39. Asthma por el National Heart, Lung, and Blood Institute está en el dominio público

40. Lifespan Development - Module 5: Early Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, autorizado por CC BY 4.0 (modificado por Dawn Rymond)

This page titled 10.5: Salud física is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.6: Salud mental infantil

Salud mental los problemas pueden perturbar la vida diaria en el hogar, en la escuela o en la comunidad. Sin ayuda, problemas de salud mental pueden conducir al fracaso escolar, el alcohol u otras drogas, la discordia familiar, la violencia o incluso el suicidio. Sin embargo, hay ayuda disponible. Hable con su médico si usted tiene preocupaciones sobre el comportamiento de su hijo.

Los trastornos mentales son diagnosticados por un profesional cualificado con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DEM). Se trata de un manual que se utiliza como estándar en toda la profesión para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.[42]

Cuando le preocupa un niño. ¿Qué importancia tiene un diagnóstico?[43]

Los niños son evaluados continuamente a medida que entran y progresan en la escuela. Si un niño está mostrando una dificultad, deben ser evaluados por un profesional cualificado que haría una recomendación o el diagnóstico del niño y darle el tipo de instrucción, los recursos, el alojamiento y el apoyo que deben recibir.

Idealmente, un diagnóstico o clasificación adecuada es muy beneficioso para los niños que tienen necesidades educativas, sociales, emocionales, o de desarrollo. Una vez que su dificultad, trastorno o discapacidad se clasifica entonces el niño recibirá la ayuda que necesita de los padres, educadores y cualquier otro profesional que van a trabajar en equipo para cumplir con los objetivos y las necesidades individuales del estudiante.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que los niños que están clasificados sin el apoyo y el alojamiento adecuado o peor que pueden ser mal diagnosticados tendrá consecuencias negativas. Una clasificación también puede influir en el auto concepto del niño, por ejemplo, si un niño es diagnosticado erróneamente como tener una discapacidad de aprendizaje; el niño, los maestros, y miembros de la familia interpretan sus acciones a través de la lente de esa clasificación. Las clasificaciones son de gran alcance y puede ser bueno para el niño o pueden ir en detrimento de su desarrollo todo dependiendo de la exactitud de la clasificación y si se aplican con precisión.

Un equipo de personas que incluye a los padres, maestros y cualquier otro personal de apoyo se verá en el examen de evaluación del niño en un proceso llamado Plan de Educación Individual (PEI). El equipo discutirá el diagnóstico, recomendaciones, y se realizarán las adaptaciones o ayuda y la toma de decisiones con respecto a que es lo mejor para el niño. Este es el momento cuando los padres o los médicos deciden si les gustaría seguir este plan o pueden discutir cualquier parte del proceso. Durante un PEI, el equipo es capaz de expresar sus preocupaciones y preguntas. La mayoría de los padres se sienten conformes cuando salen de estas reuniones. Se sienten como si fueran parte del equipo y que saben qué, cuándo, por qué y cómo se ayudó a su hijo.

Trastornos de la salud mental infantil

Trastornos Emocionales y Sociales

- fobias
- Ansiedad
- El Síndrome de Estrés Postraumático - SEP
- Obsesivo Compulsivo - OC
- Depresión

Trastornos del desarrollo

- Trastorno del espectro autista (TEA)
- Trastorno de Déficit de Atención (DA)
- Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)
- Pervasive Developmental Disorder (PDD)[44]

Fobias

Cuando un niño que tiene una **fobia** (un miedo extremo o irracional o aversión a algo) se expone al estímulo fóbico (los estímulos varían), casi invariablemente provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de un ataque de pánico condicionado o predispuesto situacionalmente. Los niños pueden mostrar efectos y características cuando se trata de fobias

específicas. Los efectos de la ansiedad aparecen a través del llanto, rabietas, escalofríos, o aferrarse al padre con el que tienen más conexión. Algunas afecciones relacionadas incluyen ansiedad.

Ansiedad

Muchos niños tienen miedos y preocupaciones, y se sentirán tristes y sin esperanza de vez en cuando. Temores fuertes aparecerán en diferentes momentos durante el desarrollo. Por ejemplo, los niños pequeños a menudo están muy angustiados al estar lejos de sus padres, incluso si están seguros y cuidados. Aunque los temores y preocupaciones son típicos en los niños, las formas persistentes o extremas de miedo y tristeza pueden deberse a ansiedad o depresión. Debido a que los síntomas implican principalmente pensamientos y sentimientos, se denominan **trastornos de internalización**.

Figura 10.19: Una niña con ansiedad. (Imagen está en el dominio público)

Cuando los niños no superan los miedos y preocupaciones que son normales en los niños pequeños, o cuando hay tantos miedos y preocupaciones que interfieren con las actividades de la escuela, el hogar, o el juego, el niño puede ser diagnosticado con un trastorno de ansiedad. Ejemplos de diferentes tipos de trastornos de ansiedad incluyen:

- Tener mucho miedo cuando están lejos de los padres (ansiedad de separación)
- Tener miedo extremo de una cosa o situación específicos, tales como perros, insectos, o ir al médico (fobias)
- Tener mucho miedo a la escuela y otros lugares donde hay personas (ansiedad social)
- Estar muy preocupado por el futuro y sobre las cosas malas que suceden (ansiedad general)
- Tener episodios repetidos de repentino, inesperado, miedo intenso que vienen con síntomas como palpitaciones del corazón, problemas para respirar o sensación de mareo, temblores o sudoración (trastorno de pánico)

La ansiedad puede presentarse como el miedo o la preocupación, pero también puede hacer que los niños sean irritables y enojadizos. Los síntomas de ansiedad también pueden incluir problemas para dormir, así como síntomas físicos tales como fatiga, dolores de cabeza o de estómago. Algunos niños ansiosos guardan sus preocupaciones en sí mismos y, por lo tanto, los síntomas pueden pasarse por alto.

Algunas afecciones relacionadas incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático.

El síndrome de estrés postraumático (SEP)

La exposición a eventos traumáticos puede tener importantes influencias del desarrollo en los niños. Mientras que la mayoría de los niños no van a desarrollar trastornos de estrés postraumático después de un trauma, las mejores estimaciones de los estudios son que alrededor de un tercio de ellos, superior a las estimaciones para adultos. Alguna de las razones de esto podría ser el conocimiento más limitado sobre el mundo, los mecanismos diferenciales de afrontamiento empleados, y el hecho de que las reacciones de los niños al trauma son a menudo altamente influenciadas por la forma en que sus padres y cuidadores reaccionan.

El impacto de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños semanas después de un trauma, muestran que hasta un 90% de los niños pueden experimentar una mayor estimulación fisiológica, ansiedad difusa, la culpa del sobreviviente, y labilidad emocional. Todas estas reacciones son normales y deben ser entendidas como tales (cosas similares se observan en los adultos). Los niños siguen teniendo estos síntomas tres o cuatro meses después de un desastre, sin embargo, pueden tener necesidad de una evaluación adicional, sobre todo si se presentan los siguientes síntomas. Para los niños mayores, las señales de advertencia de un ajuste problemático incluyen: representar repetidas veces parte del desastre; preocupación por el peligro o manifestar preocupación por la seguridad, trastornos del sueño e irritabilidad; arrebatos de ira o agresividad; preocupación excesiva acerca de la familia o los amigos, evitar la escuela, principalmente involucrando quejas somáticas; comportamientos característicos de los niños más pequeños; y cambios en la personalidad, retraimiento y la pérdida de interés en sus actividades.[46]

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Aunque un diagnóstico de TOC sólo requiere que una persona tenga ya sea obsesiones o compulsiones, no ambos, aproximadamente el 96% de las personas experimentan ambos. Para casi todas las personas con TOC, la exposición a ciertos estímulos (internos o externos) desencadenara obsesión perturbadora o ansiosa, que sólo pueden ser aliviados haciendo una compulsión. Por ejemplo, una persona toca un picaporte en un edificio público, lo que provoca un pensamiento obsesivo que se van a enfermar de los gérmenes, que sólo puede ser aliviado lavando compulsivamente las manos en un grado excesivo. Algunos de las obsesiones comunes incluyen pensamientos no deseados de dañar a los seres queridos, dudas persistentes que no se han cerrado las puertas o apagado los aparatos eléctricos, pensamientos intrusivos de estar contaminados, y ser moral o sexualmente repugnante.[47]

Depresión

De vez en cuando estar triste o sentirse desesperanzado es parte de la vida de cada niño. Sin embargo, algunos niños se sienten tristes o sin interés en las cosas que solían disfrutar, o se sienten impotentes o sin esperanza en situaciones en las que podían hacer algo para remediar la situación. Cuando los niños sienten tristeza persistente y desesperanza, pueden ser diagnosticados con depresión.

Figura 10.20: Tristeza persistente es un síntoma de depresión. (Imagen está en el dominio público)

Los síntomas

Ahora sabemos que los jóvenes que tienen depresión pueden mostrar signos que son ligeramente diferentes de los síntomas normales de la depresión en adultos. Los niños que están deprimidos pueden quejarse de sensación de mareo, se niegan a ir a la escuela, se aferran a un padre o cuidador, sentirse no querido, desesperanza sobre el futuro, o la preocupación excesiva que uno de sus padres puede morir. Los niños mayores y los adolescentes pueden ponerse de mal humor, se meten en problemas en la escuela, son negativos o están de mal humor, son irritables, indecisos, tienen dificultad para concentrarse, tienen la sensación de no ser comprendidos. Debido a que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a otra, puede ser difícil determinar si un niño que muestra los cambios en el comportamiento sólo está pasando por una “fase” temporal o está sufriendo de depresión.

Tratamiento

Con la medicación, psicoterapia o tratamiento combinado, la mayoría de jóvenes con depresión pueden ser tratados con eficacia. Es más probable que los jóvenes respondan al tratamiento si lo reciben temprano en el transcurso de su enfermedad.[49]

Trastornos del desarrollo

Desorden del espectro autista (DEA)

Como se introdujo en el capítulo 8, Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del desarrollo que afecta la comunicación y el comportamiento. Aunque el autismo se puede diagnosticar a cualquier edad, se dice que es un “trastorno del desarrollo” porque los síntomas aparecen generalmente en los dos primeros años de vida.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (MDET-5), una guía creada por la Asociación Americana de Psiquiatría que se utiliza para diagnosticar los trastornos mentales, las personas con TEA tienen:

- Dificultad en la comunicación y la interacción con otras personas
- Intereses limitados y comportamientos repetitivos
- Los síntomas que perjudican la capacidad de la persona para funcionar adecuadamente en la escuela, el trabajo y otros ámbitos de la vida

El autismo es conocido como un trastorno “espectro” porque hay una amplia variación en el tipo y la gravedad de los síntomas que experimentan las personas. DEA se produce en todos los grupos étnicos, raciales y económicos. Aunque DEA puede ser un

trastorno de por vida, los tratamientos pueden mejorar los síntomas y la capacidad de funcionamiento de una persona. La Academia Americana de Pediatría recomienda que todos los niños sean evaluados de autismo.

Los cambios en el diagnóstico de TEA

En el 2013, se lanzó una versión revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (MDET)*. En esta revisión se cambió la forma en que se clasifica y se diagnostica el autismo. En la versión anterior del MDET, la gente podía ser diagnosticada con una de varias condiciones diferentes:

- El trastorno autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE)

En la versión actual revisada del MDET (MDET-5), estas condiciones separadas se han combinado en un diagnóstico llamado "trastorno del espectro autista." Utilizando el MDET-5, por ejemplo, las personas que fueron diagnosticadas previamente con síndrome de Asperger ahora serían diagnosticadas de trastorno del espectro autista. Aunque el diagnóstico "oficial" de la TEA ha cambiado, no hay nada de malo en continuar el uso de términos tales como el síndrome de Asperger para describirse a uno mismo o para identificarse dentro de un grupo.

Signos y síntomas de TEA

Las personas con TEA tienen dificultades con la comunicación y la interacción social, intereses limitados y conductas repetitivas. La siguiente lista da algunos ejemplos de los tipos de comportamientos que se observan en personas con diagnóstico de TEA. No todas las personas con TEA mostrarán todos los comportamientos, pero la mayoría mostrarán varios de estos.

Comportamientos de comunicación / interacción social pueden incluir:

- Realizar poco o inconsistente contacto visual
- Tiende a no ver o escuchar a la gente
- Raramente muestra disfrute de los objetos o actividades al señalar o mostrar cosas a los demás
- El no poder, o ser lento para, responder a alguien llamando a su nombre o a otros intentos verbales para llamar su atención
- Tener dificultades en la conversación de ida y vuelta
- A menudo habla largo y tendido sobre un tema favorito sin darse cuenta de que los demás no están interesados o sin dar a otros la oportunidad de responder
- Tener expresiones faciales, movimientos y gestos que no coinciden con lo que se dice
- Tener un tono inusual de voz que puede sonar cantarina o plana o como la de un robot
- Tener problemas para entender el punto de vista de otra persona o ser incapaz de predecir o comprender las acciones de otras personas

Conductas limitadas o repetitivas pueden incluir:

- La repetición de ciertos comportamientos o tener comportamientos inusuales. Por ejemplo, la repetición de palabras o frases, comportamiento llamado ecolalia
- Tener un duradero e intenso interés en ciertos temas, tales como números, detalles o hechos
- Tener intereses demasiado enfocados, por ejemplo, con objetos en movimiento o partes de objetos
- Molestarse por ligeros cambios en una rutina
- Ser más o menos sensibles que otras personas a la información sensorial, como la luz, el ruido, la ropa o la temperatura

Las personas con TEA también pueden experimentar problemas de sueño e irritabilidad. Aunque las personas con TEA experimentan muchos desafíos, también pueden tener muchas ventajas, incluyendo:

- Ser capaz de aprender cosas en detalle y recordar la información durante largos períodos de tiempo
- Ser fuertes estudiantes visuales y auditivos
- Sobresalir en matemáticas, ciencia, música o el arte

Causas y factores de riesgo

Mientras que los científicos no conocen las causas exactas de la TEA, la investigación sugiere que los genes pueden actuar en conjunto con influencias del medio ambiente que afecta el desarrollo de formas que conducen a la TEA. Aunque los científicos todavía están tratando de entender por qué algunas personas desarrollan TEA y otros no, algunos factores de riesgo incluyen:

- Tener un hermano con TEA
- Tener padres mayores
- Tener ciertas afecciones genéticas, personas con enfermedades como el síndrome de Down, síndrome de X frágil, síndrome de Rett, son más propensos que otros a tener TEA
- Muy bajo peso al nacer

Tratamientos y terapias

El tratamiento para la TEA debe comenzar tan pronto como sea posible después del diagnóstico. El tratamiento temprano de TEA es importante como el cuidado apropiado puede reducir las dificultades de los individuos al tiempo que ayuda a aprender nuevas habilidades y aprovechar al máximo sus puntos fuertes.

La amplia gama de problemas que enfrentan las personas con TEA significa que no hay un único tratamiento para el TEA. Trabajar en estrecha colaboración con el médico o profesional de la salud es una parte importante de encontrar el programa de tratamiento adecuado.

Un médico puede utilizar medicamentos para tratar algunos síntomas que son comunes con TEA. Con la medicación, una persona con TEA puede tener menos problemas con:

- Irritabilidad
- Agresión
- Comportamiento repetitivo
- Hiperactividad
- Problemas de atención
- Ansiedad y depresión

Las personas con TEA pueden ser derivados a los médicos que se especializan en la prestación de intervenciones conductuales, psicológicos, educativos o de desarrollo de habilidades. Estos programas suelen ser muy estructurados e intensivos y pueden involucrar a los padres, hermanos y otros miembros de la familia. Los programas pueden ayudar a las personas con TEA en:

- Aprender habilidades para la vida necesarias para vivir de forma independiente
- Reducir los comportamientos desafiantes
- Aumento o creación de fortalezas
- Aprender, habilidades de comunicación y lenguaje social [50]

Figura 10.21: Rich y Nubia Quick han puesto su hijo autista de 8 años de edad, Matthew, en terapia para ayudar a abrirse y relacionarse con los demás. Los Quicks mantienen un ambiente estructurado de modo que Matthew puede adaptarse mejor al mundo que le rodea. (Imagen y el título de la U.S. Air Force está en el dominio público)

Déficit de atención/hiperactividad (DA/H)

Las causas exactas del DA/H son desconocidos; Sin embargo, la investigación ha demostrado que los factores que muchas personas asocian con el desarrollo de DA/H no causan la enfermedad, incluyendo, lesiones menores en la cabeza, daño en el cerebro debido a complicaciones durante el parto, alergias a los alimentos, el excesivo consumo de azúcar, demasiada televisión, malas escuelas, o la mala crianza. La investigación ha encontrado una serie de factores de riesgo importantes que afectan el desarrollo neurológico y la expresión de la conducta. Eventos como la maternidad con ingesta de alcohol y tabaco afectan el desarrollo del cerebro del feto, pueden aumentar el riesgo de DA/H. Las lesiones en el cerebro de toxinas ambientales, tales como la falta de hierro también han sido involucrados.

Los síntomas

Las personas con DA/H muestran un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el desempeño o el desarrollo:

1. **La falta de atención: Seis o más síntomas de falta de atención para niños de hasta 16 años, o cinco o más para los adolescentes mayores de 17 años y adultos; síntomas de desatención que han estado presentes durante al menos 6 meses, y que son inapropiadas para su nivel de desarrollo:**

- A menudo no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o con otras actividades.
- A menudo tiene problemas de atención en tareas o actividades de juego.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no logra terminar el trabajo escolar, quehaceres, o deberes en el lugar de trabajo (por ejemplo, pierde la concentración, se desvía).
- A menudo tiene problemas para organizar las tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente a hacer tareas que requieren un esfuerzo mental durante un largo periodo de tiempo (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para sus tareas y actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, anteojos, teléfonos móviles).
- Se distrae fácilmente muy a menudo
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Figura 10.22: Este niño muestra falta de atención. (Imagen por Ben Paarmann se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

2. **Hiperactividad e impulsividad: Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad en los niños hasta los 16 años, y cinco o más para los adolescentes mayores de 17 años y adultos; síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes durante al menos 6 meses en una medida que es perjudicial e inadecuado para el nivel de desarrollo de la persona:**

- A menudo se mueve en exceso o golpea ligeramente las manos o pies, o se retuerce en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en situaciones en las que se debe permanecer sentado.
- A menudo corre o salta en situaciones donde no es apropiado (adolescentes o adultos puede limitarse a sentirse inquieto).
- A menudo es incapaz de jugar o participar en actividades de ocio en silencio.
- A menudo “está muy activo” actúa como si fuese “accionado por un motor”.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo se precipita a dar una respuesta antes de que se termine la pregunta.
- A menudo tiene dificultad en esperar su turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)

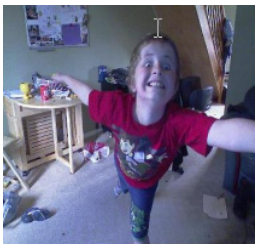


Figura 10.23: Este niño está mostrando hiperactividad e impulsividad. (Imagen por Marc Lewis se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

Además, las siguientes condiciones deben cumplirse:

- Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.

- Varios síntomas están presentes en dos o más ambientes, (como en el hogar, la escuela o el trabajo, con los amigos o parientes; o en otras actividades).
- Existe una clara evidencia de que los síntomas interfieren con, o reducen la calidad del funcionamiento, social, escolar, o el trabajo.
- Los síntomas no son mejor explicados por otros trastornos mentales (como un trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad). Los síntomas no ocurren sólo durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Sobre la base de los tipos de síntomas, tres tipos (presentaciones) de DA / H pueden ocurrir:

- **Presentación combinada**: Si suficientes síntomas de ambos criterios tanto de falta de atención e hiperactividad-impulsividad estuvieron presentes durante los últimos 6 meses
- **Presentación predominantemente Inatenta**: Si suficientes síntomas de falta de atención, pero no hiperactividad-impulsividad, estuvieron presentes durante los últimos seis meses
- **Presentación predominantemente hiperactivo-impulsivo**: Si suficientes síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero no la falta de atención, estuvieron presentes durante los últimos seis meses.

Debido a que los síntomas pueden cambiar con el tiempo, la presentación puede cambiar con el tiempo también.[54]

El diagnóstico de DA / H se puede hacer de forma fiable usando métodos de entrevista de diagnóstico bien probadas. Sin embargo, hasta el momento, no existe una prueba válida independiente para el DA / H. Entre los niños, el DA / H se produce con frecuencia junto con otros problemas de aprendizaje y comportamiento, o los problemas del estado de ánimo tales como problemas de aprendizaje, trastorno de oposición desafiante, trastornos de ansiedad y depresión.

Tratamiento

Una variedad de medicamentos y las intervenciones conductuales se utilizan para tratar el DA / H. Los medicamentos más ampliamente utilizados son el metilfenidato (Ritalin), D-anfetamina, y otras anfetaminas. Estas drogas son estimulantes que afectan el nivel del neurotransmisor dopamina en la sinapsis. Nueve de cada 10 niños mejoran al tomar uno de estos medicamentos.

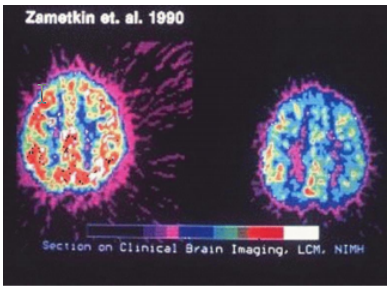


Figura 10.24: Escaneos cerebrales de cerebros con y sin DA/H. (Imagen por el National Institutes of Health está en el dominio público)

Además de los tratamientos bien establecidos descritos anteriormente, algunos padres y terapeutas han probado una variedad de intervenciones nutricionales para tratar el DA / H. Algunos estudios han encontrado que algunos niños se benefician de este tipo de tratamientos. Sin embargo, ninguna intervención nutricional bien establecida ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del DA / H.[56]

Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) o TGD (NE) no especificado TGD-NE

Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) es un término utilizado para referirse a las dificultades en la socialización y retrasos en el desarrollo de habilidades comunicativas. Esto es generalmente reconocido antes de los 3 años de edad. Un niño con TGD puede interactuar de manera inusual con juguetes, personas o situaciones, y puede participar en el movimiento repetitivo. TGD se diagnostica y el tratamiento es similar a DA/H y TEA. En 2013, el MDET-5 dejó de utilizar esto como un diagnóstico, sin embargo, todavía se utiliza de manera informal.[57]

Contribuyentes y atribuciones

42. Disease Prevention and Healthy Lifestyles por Judy Baker, Ph.D. se distribuye bajo licencia de CC BY-SA (modificado por Dawn Rymond)

43. Disease Prevention and Healthy Lifestyles por Judy Baker, Ph.D. se distribuye bajo licencia de CC BY-SA (modificado por Dawn Rymond)

44. Contenido por Dawn Rymond se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

46. Abnormal Psychology por Lumen Learning referencias Abnormal Psychology: An e-text! por Dr. Caleb Lack, autorizado por CC BY-NC-SA

47. Disease Prevention and Healthy Lifestyles por Judy Baker, Ph.D. se distribuye bajo licencia de CC BY-SA

49. Educational Psychology por Kelvin Seifert se distribuye bajo licencia de CC BY 3.0

Disease Prevention and Healthy Lifestyles por Judy Baker, Ph.D. se distribuye bajo licencia de CC BY-SA

50. Autism Spectrum Disorder por el NIH está en el dominio público

54. Symptoms and Diagnosis of ADHD por el CDC está en el dominio público

56. Disease Prevention and Healthy Lifestyles por Judy Baker, Ph.D. se distribuye bajo licencia de CC BY-SA

57.Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 10.6: Salud mental infantil is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud

Estar sano es importante para todos los niños y puede ser especialmente importante para los niños con trastornos de salud mental. Además de obtener el tratamiento adecuado, lo que lleva un estilo de vida saludable puede desempeñar un papel importante en el manejo de los síntomas. Éstos son algunos de los comportamientos saludables que pueden ayudar:

- Tener una dieta saludable centrado en frutas, verduras, granos enteros, legumbres (por ejemplo, habas, arvejas y lentejas), fuentes de proteína magra y frutos secos y semillas
- Participar en actividades físicas durante al menos 60 minutos cada día
- Obtener la cantidad recomendada de sueño cada noche basada en la edad
- La práctica de técnicas de concentración o de relajación [58]

Figura 10.25: Mantenerse saludable es fundamental para todos los niños, especialmente aquellos que pueden tener trastornos de salud mental. (Imagen por el U.S. Marine Corps está en el dominio público)

Contribuyentes y atribuciones

58. Anxiety and Depression in Children por el CDC está en el dominio público

This page titled 10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

10.S: Conclusión

En este capítulo examinamos los siguientes puntos:

- Los patrones de crecimiento en el cerebro y el cuerpo
- Salud y nutrición
- Causas y resultados de la obesidad
- Ejercicios, condición física y los deportes organizados
- Preocupaciones de salud física
- Trastornos de la salud mental

En el siguiente capítulo vamos a examinar las teorías y los teóricos del desarrollo cognitivo. Vamos a aprender sobre el procesamiento de la información; la atención, la memoria y la planificación en la mitad de la niñez. También veremos cómo los niños en edad escolar aprenden el lenguaje y cómo se mide la inteligencia.

This page titled 10.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

11: Infancia media – Desarrollo cognitivo

Objetivos del capítulo

Al finalizar este capítulo podrás:

1. Describir las teorías cognitivas sobre la manera de pensar de los niños
2. Explicar cómo se mide la inteligencia, los exámenes que se usan para evaluar la inteligencia, los extremos en la inteligencia, y la inquietud por las inclinaciones
3. Describir la Teoría del Proceso de la Información
4. Explicar algunas teorías del desarrollo del lenguaje
5. Comparar el desarrollo típico del lenguaje con algunas dificultades del lenguaje

Las habilidades cognitivas continúan aumentando tanto en la infancia media como en la última. Niños en la infancia media procesan sus pensamientos de tal forma que llegan a ser más lógicos y organizados cuando tienen que manejar cierta información en concreto. Entienden conceptos como el pasado, presente y futuro, llegando a tener la habilidad de hacer planes y trabajar hacia alcanzar metas. Además, pueden procesar ideas complejas como la adición la sustracción y la causa y efecto en las relaciones interpersonales.[1]

Contribuyentes y atribuciones

[1] Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia
11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget
11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner
11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas
11.5: Procesos cognitivos
11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién
11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar
11.8: Introducción a la lingüística
11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
11.11: Aprendiendo a leer
11.12: Dificultades de aprendizaje
11.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/little-gi...eauty-3070209/

This page titled 11: Infancia media – Desarrollo cognitivo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia

Los teorizantes han dado diferentes perspectivas al desarrollo cognitivo del niño y los psicólogos han debatido bastante sobre la mejor manera de conceptualizar y medir la inteligencia (Sternberg, 2003). A continuación, veremos la teoría cognitiva de Piaget, luego otra teoría alternativa propuesta por Sternberg y finalmente aprenderemos La teoría del procesamiento de Información que se enfoca en la función cognitiva de los niños de la infancia media..

Figura 11.1 - Jean Piaget. (Image con licencia de CC0)

This page titled 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget

La teoría de las operaciones concretas

Mientras los niños continúan en la escuela básica, desarrollan la habilidad de representar las ideas y los eventos de una manera más flexible y lógica. Sus formas de pensar son aún muy elementales vistas desde el nivel de los adultos y usualmente funcionan inconscientemente, pero estas permiten a los niños resolver problemas de una manera más sistemática que antes, y por lo tanto tener éxito con las labores académicas. Por ejemplo, en la etapa de las operaciones concretas, un niño inconscientemente sigue la regla: “Si nada se añade o quita, la cantidad de algo se mantiene sin cambio alguno”. Este principio simple ayuda a los niños a entender ciertas tareas aritméticas, como sumar o restar el cero de un número, también hacer ciertos experimentos científicos en el aula, como aquellos en los que se necesita determinar las cantidades de líquidos que se mezclaran. Piaget llama a este periodo la etapa de las operaciones concretas porque el niño mentalmente “opera” con ciertos objetos y eventos concretos.[3]

Figura 11.2: Niños estudiando. (Image con licencia de CC0)

En su teoría del desarrollo cognitivo Piaget ubica a la etapa de las operaciones concretas en tercer lugar. Esta etapa tiene lugar entre los 7 a 11 años de edad, y está caracterizada por el desarrollo del pensamiento organizado y racional. Piaget (1954a) considera a la etapa del desarrollo operacional concreto como un punto de viraje principal en el desarrollo cognitivo del niño, porque marca el principio del pensamiento operacional o lógico. El niño ahora es suficientemente maduro como para usar el pensamiento lógico en operaciones (i. e. reglas) pero solo puede aplicar la lógica a objetos físicos (por lo tanto, operacional concreto). Los niños adquieren las habilidades de conservación (numero, área, volumen, orientación) y reversibilidad.[5]

Veamos las siguientes habilidades cognitivas que los niños típicamente dominan durante la etapa de las operaciones concretas según Piaget:[6]

Figura 11.3: Habilidades cognitivas desarrolladas en la etapa de las operaciones concretas. (Imagen por Ian Joslin con licencia de CC BY 4.0)

Seriación: El niño de las operaciones concretas puede ordenar ítems en una dimensión cuantitativa, como longitud o peso, de una forma metódica. Por ejemplo, ellos pueden ordenar metódicamente una serie de diferentes tamaños de palos en orden, mientras que niños más jóvenes hacen una terea similar de una manera desordenada.[8]

Figura 11.4: Ilustración: Seriación es poner estos rectángulos de pequeño a grande. (Image por MehreenH con licencia de CC BY-SA 4.0)

Clasificación: A medida que las experiencias y el vocabulario de los niños aumentan, pueden armar un esquema que les permite organizar objetos de varias diferentes maneras. También entienden la clasificación por jerarquías y pueden ordenar objetos en una variedad de clases y subclases.

Figura 11.5: Este niño usaría clasificación si ordena estos juguetes por color. (Imagen con licencia de CC0)

Reversibilidad: El niño aprende que algunas cosas que han sido cambiadas pueden volver a su estado original. El agua puede ser congelada y luego volver a su estado líquido. Pero los huevos una vez fritos no pueden volver a su estado original. También las operaciones aritméticas son reversibles: 2 + 3 = 5 y 5 – 3 = 2. Muchas de estas habilidades cognitivas se incluyen en el currículo de la escuela a través de problemas matemáticos en hojas de trabajo que contienen situaciones reversibles e irreversibles.

Figura 11.6: Entender que los cubos se derriten es un ejemplo de reversibilidad. (Imagen por John Voo con licencia de CC BY 2.0)

Conservación: Un ejemplo de pensamiento pre operacional del niño; si llenarías un cubilete alto y delgado con 8 onzas de agua este niño ¿pensaría que en este cubilete habría más que en otro más bajo, pero más ancho lleno con 8 onzas de agua? El niño de las operaciones concretas pude entender el concepto de conservación, lo que significa que cambiar una cualidad (en este ejemplo, la altura del nivel de agua) pude ser compensado por el cambio de otra cualidad (ancho). Por lo tanto, hay la misma cantidad de agua en cada cubilete, aunque uno es más alto y delgado y el otro es más pequeño y ancho.

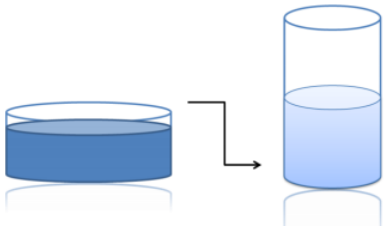


Figura 11.7: Cubiletes mostrando la idea de conservación. (Image por Ydolem2689 con licencia de CC BY-SA 3.0)

Descentración: El niño de las operaciones concretas no solo se concentra en una sola dimensión de cualquier objeto (como la altura del vaso) al contrario considera también los cambios en otras dimensiones (como el ancho del vaso). Esto le permite que ocurra la conservación.

Figura 11.8: Los niños que miran estos vasos muestran descentración cuando ven más que un atributo i.e. alto o bajo, y ancho o delgado. (Image por Waterlily16 con licencia de CC BY-SA 3.0)

Identidad: Una característica de la teoría de las operaciones concretas consiste en entender que los objetos tienen cualidades que no cambian aun si el objeto es alterado de alguna manera. Por ejemplo, la masa de un objeto no cambia si se altera el tamaño de este. Un pedazo de tiza sigue siendo tiza, aunque el pedazo se rompa en dos.[14]

Figura 11.9: Un huevo roto aun es huevo.(Imagen por John Liu con licencia de CC BY 2.0)

Figura 11.10: Un globo desinflado aun es globo.(Imagen con licencia de CC0)

Figura 11.11: Una Tiza rota aun es tiza. (Imagen de Pexels)

Transitividad: Transitividad o inferencia transitiva es la capacidad de entender como los objetos se relacionan uno al otro. Esto significa que, si uno entiende que el perro es un mamífero, y que el bóxer es un perro el bóxer debe ser un mamífero.[18]

Figura 11.12: La transitividad permite al niño entender que este bóxer cachorro es un perro y es mamífero. (Imagen por Martin Vorel de donimio público)

Cuestionando la teoría de Piaget

Investigadores han descubierto que el desarrollo cognitivo es considerablemente más continuo de lo que Piaget promulga. Por lo tanto, el debate entre aquellos quienes enfatizan etapas de cambios discontinuos en el desarrollo cognitivo y aquellos quienes enfatizan cambios graduales continuos permanece latente.[20]

Teoría de la inteligencia triarquica

Un punto de vista alternativo de la inteligencia lo presenta Sternberg (1997; 1999). El promulga tres tipos de inteligencia. Sternberg proveyó la información previa acerca de su teoría sobre la inteligencia en una conferencia, donde el expreso su frustración como miembro de un comité a cargo de seleccionar estudiantes graduados para un programa de psicología. Le preocupaba que se estaba

dando mucho énfasis a las calificaciones de los exámenes de aptitud (analizaremos esto más tarde en el capítulo correspondiente) y creía que había otras cualidades, más difíciles de evaluar, necesarias para el éxito en el programa de graduados y en el mundo laboral. Las calificaciones de los exámenes de aptitud indican el primer tipo de inteligencia académica

1. Analítica (componencial) algunas veces descrita como académica: incluye la habilidad de resolver problemas de lógica, comprensión verbal, vocabulario, y habilidades espaciales.
2. Creativa (experiencial): La habilidad de aplicar habilidades adquiridas recientemente para encarar nuevas situaciones.
3. Practica (contextual): la habilidad de usar sentido común y saber que se necesita en una situación específica.[21]

Analítica

Figura 11.13: Apoyo de lectura inteligencia analítica (Imagen con licencia de CC0)

Creativa

Figure 11.14: Construyendo con bloques inteligencia creativa (Imagen con licencia de CC0)

Practica

Figure 11.15: desenvolverse en el área social es inteligencia practica (Imagen por Steven Depolo con licencia de CC BY 2.0)

Contribuyentes y atribuciones

3. Educational Psychology por OpenStax CNX con licencia de CC BY 4.0

5. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

6. Concrete Operational Stage Image por Simply Psychology con licencia de CC BY-NC-ND 3.0; Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

8. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

14. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

18. Transitivity por Boundless con licencia de CC BY-SA 4.0

20. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

21. ***Lifespan Development – Module 6: Middle Childhood*** por ***Lumen Learning*** referencias ***Psyc 200 Lifespan Psychology*** por Laura Overstreet, con licencia de ***CC BY 3.0*** (modificado por Dawn Rymond)

This page titled 11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner

Otro defensor de la idea de específicos tipos de inteligencia en vez de una inteligencia general es el psicólogo Howard Gardner (1983, 1999). Gardner arguye que habría una función evolutiva para diferentes personas que tienen diferentes talentos o habilidades, y propone que hay nueve inteligencias que se pueden diferenciar unas de las otras.

Figura 11.16: Howard Gardner. (Image por Interaction-Design.org con licencia de CC BY-SA 2.0)

Gardner declara que estas son también diferentes formas de inteligencia. Un alto coeficiente intelectual no siempre asegura éxito en la vida o que necesariamente indica que la persona tiene sentido común, buenas habilidades interpersonales u otras habilidades importantes para el éxito. Gardner investigo las inteligencias por medio de concentrarse en niños que tenían talentos en una o más áreas. El identifico estas nueve inteligencias basándose en otros criterios tales como un conjunto de experimentos de hallazgos históricos y psicométricos.[26]

Howard Gardner (1983, 1998, 1999) sugiere que no hay uno, sino nueve dominios de inteligencia. Las tres primeras son habilidades que se miden mediante pruebas de coeficiente intelectual:

Tabla 11.1 - Inteligencias múltiples según Howard Gardner (Lifespan Development: A Psychological Perspective de Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0; Tabla adaptada de Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York, NY: Basic Books.)

Inteligencia	Descripción
Lingüística	La habilidad de hablar y escribir bien
Lógica - Matemática	La habilidad de usar habilidades matemáticas y lógicas para resolver problemas
Espacial	La habilidad de pensar y razonar en objetos en tres dimensiones
Musical	La habilidad de ejecutar y disfrutar de la música
Kinestésica (corporal)	La habilidad de mover el cuerpo en los deportes danzas y otras actividades físicas
Interpersonal	La habilidad de entender e interactuar eficazmente con otros
Intrapersonal	La habilidad de evaluarse a uno mismo
Naturalista	La habilidad de reconocer, identificar, y entender a los animales, las plantas, y a otros seres vivos
Existencial	La habilidad de entender y tener conciencia de cuestiones mayores, el significado de la vida, y otros asuntos espirituales

El concepto de inteligencias múltiples ha influido en el campo de la educación, y los maestros han usado estas ideas para tratar de enseñar de manera diferente a los estudiantes individuales. Por ejemplo, para enseñar problemas matemáticos a los estudiantes que tienen una inteligencia kinestésica particularmente buena, un maestro puede alentar a los estudiantes a mover sus cuerpos o manos de acuerdo con los números. Por otro lado, algunos han argumentado que estas "inteligencias" a veces parecen más "habilidades" o "talentos" que una inteligencia real. No hay una conclusión clara sobre cuántas inteligencias hay. ¿El sentido del humor, las habilidades artísticas, las habilidades dramáticas, etc., también son inteligencias separadas? [28]

Contribuyentes y atribuciones

26. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

28. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas

Durante la infancia media y tardía, los niños avanzan en varias áreas de la función cognitiva, incluida la capacidad de la memoria de trabajo, su capacidad de prestar atención y el uso de estrategias de memoria. Ambos cambios en el cerebro y la experiencia fomentan estas habilidades. En esta sección, veremos cómo los niños procesan la información, piensan y aprenden, lo que les permite aumentar su capacidad de aprender y recordar debido a una mejora en la forma en que atienden, almacenan información y resuelven problemas.[29]

Memoria de trabajo: la capacidad de la memoria de trabajo se expande durante la infancia media y tardía, la investigación ha sugerido que tanto un aumento en la velocidad de procesamiento como la capacidad de evitar la entrada de información irrelevante en la memoria están contribuyendo a una mayor eficiencia de la memoria de trabajo durante esta edad (de Ribaupierre, 2002). Los cambios en la **mielinización** y la **poda sináptica** en la **corteza** probablemente están detrás del aumento en la velocidad de procesamiento y la capacidad de filtrar estímulos irrelevantes (Kail, McBride-Chang, Ferrer, Cho y Shu, 2013).

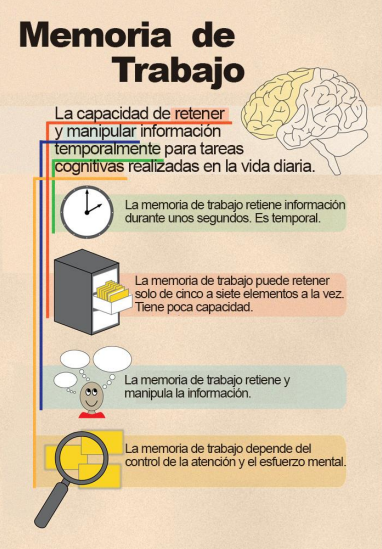


Figura 11.17: La memoria de trabajo se expande entre la infancia media y la tardía. (Image por Anchor con licencia de CC BY-NC-SA)

Atención: Como se señaló anteriormente, la capacidad de inhibir la información irrelevante mejora durante este periodo de edad, con una gran mejora en la atención selectiva desde los seis años hasta la adolescencia (Vakil, Blachstein, Sheinman y Greenstein, 2009). Los niños también mejoran su capacidad para cambiar su atención entre tareas o diferentes características de una tarea (Carlson, Zelazo y Faja, 2013). Un niño más pequeño al que se le pide que clasifique los objetos en pilas según el tipo de objeto, automóvil versus animal o color del objeto, rojo versus azul, probablemente no tenga problemas para hacerlo. Pero si les pide que cambien de la clasificación basada en el tipo a que ahora las clasifiquen según el color, tendrían dificultades porque esto les obliga a suprimir la regla de clasificación anterior. Un niño mayor tiene menos dificultades para hacer el cambio, lo que significa que hay una mayor flexibilidad en sus habilidades intencionales. Estos cambios en la atención y la memoria de trabajo contribuyen a que los niños tengan enfoques más estratégicos para tareas desafiantes.

Estrategias de memoria: Bjorklund (2005) describe una progresión del desarrollo en la adquisición y uso de estrategias de memoria. Estas estrategias a menudo faltan en los niños más pequeños, pero aumentan en frecuencia a medida que los niños progresan en la escuela primaria. Ejemplos de estrategias de memoria incluyen ensayar información que desea recordar, visualizar y organizar información, crear rimas, o inventar siglas. Schneider, Kron-Sperl y Hünnerkopf (2009) informaron un aumento constante en el uso de estrategias de memoria de las edades de seis a diez en su estudio longitudinal. Además, a la edad de diez años, muchos niños usaban dos o más estrategias de memoria que les ayuda a recordar información. Schneider y sus colegas encontraron que había diferencias individuales considerables en cada edad en el uso de estrategias, y que los niños que utilizaban más estrategias tenían un mejor rendimiento de memoria que otros de su misma edad.

Contribuyentes y atribuciones

29. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.5: Procesos cognitivos

A medida que los niños ingresan a la escuela y aprenden más sobre el mundo, desarrollan más categorías de conceptos y aprenden estrategias más eficientes para almacenar y recuperar información. Una razón importante es que continúan teniendo más experiencias para vincular nueva información. En otras palabras, su **base de conocimiento**, conocimiento en áreas particulares que facilita el aprendizaje de nueva información, se expande (Berger, 2014).

Figura 11.18: A medida que los niños aprenden más sobre el mundo su base de conocimiento aumenta. (Image con licencia de CC0)

Metacognición: se refiere al conocimiento que tenemos sobre nuestro propio pensamiento y nuestra capacidad de usar esta conciencia de Metacognición para regular nuestros propios procesos cognitivos (Bruning, Schraw, Norby y Ronning, 2004). Los niños en esta etapa de desarrollo también tienen una mejor comprensión de qué tan bien están realizando una tarea y el nivel de dificultad de una tarea. A medida que se vuelven más realistas sobre sus habilidades, pueden adaptar las estrategias de estudio para satisfacer esas necesidades. Los niños pequeños pasan tanto tiempo en un aspecto sin importancia de un problema que para ellos llega a ser el punto principal, mientras que los niños mayores comienzan a aprender a priorizar y evaluar lo que es significativo y lo que no. Como resultado, desarrollan metacognición.

Pensamiento crítico, *o* un examen detallado de creencias, formas de proceder y sentirse seguro, implica enseñar a los niños a pensar. El propósito del pensamiento crítico es evaluar la información de manera que nos ayude a tomar decisiones informadas. El pensamiento crítico implica comprender mejor un problema mediante la recopilación, evaluación y selección de información, y también al considerar muchas soluciones posibles. Ennis (1987) identificó varias habilidades útiles en el pensamiento crítico. Como ser: analizar argumentos, aclarar información, juzgar la credibilidad de una fuente, hacer juicios de valor y decidir sobre una acción. La metacognición es esencial para el pensamiento crítico porque nos permite reflexionar sobre la información a medida que tomamos decisiones.

Los niños difieren en su proceso cognitivo y estas diferencias predicen tanto su preparación para la escuela, el rendimiento académico y las pruebas en la escuela. (Prebler, Krajewski y Hasselhorn, 2013).[32]

Contribuyentes y atribuciones

32. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.5: Procesos cognitivos is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién

Medición de inteligencia: estandarización y el cociente de inteligencia

El objetivo de la mayoría de las pruebas de inteligencia es medir "g", el factor de inteligencia general. Las buenas pruebas de inteligencia son **confiables**, lo que significa que son consistentes en el tiempo y también demuestran **validez**, lo que significa que en realidad miden la inteligencia en lugar de otra cosa. Debido a que la inteligencia es una parte tan importante de las diferencias individuales, los psicólogos han invertido un esfuerzo sustancial en crear y mejorar las formas de medir la inteligencia, a tal grado que estas pruebas ahora se consideran las más precisas de todas las pruebas psicológicas.

La inteligencia cambia con la edad. Un niño de 3 años que podría multiplicar con precisión 183 por 39 sin duda sería inteligente, pero un adulto de 25 años que no podría hacerlo sería visto como no inteligente. Por lo tanto, comprender la inteligencia requiere que conozcamos las normas o estándares en una población determinada de personas a una edad determinada. La estandarización de una prueba implica entregarla a un gran número de personas de diferentes edades y calcular el puntaje promedio en la prueba en cada nivel de edad.

Una vez que se ha logrado la estandarización, tenemos una imagen de las capacidades promedio de las personas de diferentes edades y podemos calcular la edad mental de una persona, que es la edad a la que una persona se desempeña intelectualmente. Si comparamos la edad mental de una persona con la edad cronológica de la persona, el resultado es el Cociente de Inteligencia (CI), una medida de inteligencia que se ajusta por edad. Una forma sencilla de calcular el coeficiente intelectual es mediante la siguiente fórmula:

CI = edad mental ÷ edad cronológica × 100.

Por lo tanto, un niño de 10 años que lo hace tan bien como el niño promedio de 10 años tiene un coeficiente intelectual de 100 (10 ÷ 10 × 100), mientras que un niño de 8 años que lo hace tan bien como el promedio de 10 niño de un año tendría un coeficiente intelectual de 125 (10 ÷ 8 × 100). La mayoría de las pruebas de inteligencia modernas se basan en la posición relativa del puntaje de una persona entre personas de la misma edad, en lugar de basarse en esta fórmula, pero la idea de "proporción" o "cociente" de inteligencia da una buena descripción del significado del puntaje.

El efecto Flynn

Es importante que las pruebas de inteligencia se estandaricen regularmente, porque el nivel general de inteligencia en una población puede cambiar con el tiempo. El efecto Flynn se refiere a la observación de que los puntajes en las pruebas de inteligencia en todo el mundo han aumentado sustancialmente en las últimas décadas (Flynn, 1999). Aunque el aumento varía de un país a otro, el aumento promedio es de aproximadamente 3 puntos de CI cada 10 años. Hay muchas explicaciones para el efecto Flynn, incluida una mejor nutrición, un mayor acceso a la información y una mayor familiaridad con las pruebas de opción múltiple (Neisser, 1998). Pero si las personas se están volviendo más inteligentes es discutible (Neisser, 1997.[33]

El valor de las pruebas de coeficiente intelectual

El valor de las pruebas de coeficiente intelectual es más evidente en entornos educativos o clínicos. Los niños que parecen estar experimentando dificultades de aprendizaje o problemas de conducta severos se pueden evaluar para determinar si las dificultades del niño pueden atribuirse en parte a un puntaje de CI que es significativamente diferente de la media para su grupo de edad. Sin las pruebas de coeficiente intelectual, u otra medida de inteligencia, los niños y adultos que necesitan apoyo adicional podrían no ser identificados de manera efectiva. Las personas también usan los resultados de las pruebas de CI para buscar beneficios por discapacidad de la Administración del Seguro Social.

Si bien las pruebas de coeficiente intelectual a veces se han utilizado como argumentos en apoyo de propósitos insidiosos, como el **movimiento eugenésico**, que era la ciencia de mejorar una población humana mediante controlar el linaje para aumentar las características heredables deseables. Sin embargo, el valor de esta prueba es importante para ayudar a los necesitados.[34]

Pruebas de inteligencia y quienes las crearon

Pruebas de Inteligencia según Alfred Binet & Théodore Simon - Stanford- Binet

De 1904 a 1905, el psicólogo francés Alfred Binet (1857–1914) y su colega Théodore Simon (1872–1961) comenzaron a trabajar en nombre del gobierno francés para desarrollar una medida que identificara a los niños que no tengan éxito con el plan de estudios

escolar regular. El objetivo era ayudar a los maestros a educar mejor a estos estudiantes (Aiken, 1994)

Binet y Simon desarrollaron lo que la mayoría de los psicólogos consideran hoy como la primera prueba de inteligencia, que consistió en una amplia variedad de preguntas que incluían la capacidad de nombrar objetos, definir palabras, dibujar imágenes, completar oraciones, comparar elementos y construir oraciones. Binet y Simon (Binet, Simon y Town, 1915; Siegler, 1992) creían que las preguntas que les hicieron a los niños evaluaron las habilidades básicas para comprender, razonar y emitir juicios.

Figura 11.19: (a) Alfred Binet (b) Esta página es de una versión de 1908 Escala de inteligencia de Binet-Simon. A los niños sometidos a prueba se les preguntó qué cara, de cada pareja, era más bonita (Images de dominio público.)

Poco después de que Binet y Simon presentaran su prueba, el psicólogo estadounidense Lewis Terman de la Universidad de Stanford (1877–1956) desarrolló una versión estadounidense de la prueba de Binet que se conoció como la Prueba de Inteligencia Stanford-Binet. El Stanford-Binet es una medida de inteligencia general compuesta de una amplia variedad de tareas que incluyen vocabulario, memoria para imágenes, nombres de objetos familiares, oraciones repetitivas y comandos siguientes.[36]

Escala de inteligencia según David Wechsler- Wechsler-Bellevue

En 1939, David Wechsler, un psicólogo que dedico parte de su Carrera a trabajar con los veteranos de la Primera guerra mundial, desarrollo en los Estados Unidos una nueva prueba del coeficiente de inteligencia (CI). Wechsler combino algunas subpruebas de otras pruebas de inteligencia hechas entre 1880 y la Primera Guerra mundial. Estas subpruebas trataban una variedad de habilidades verbales y no verbales, porque Wechsler creía que la inteligencia abarcaba “la capacidad global de una persona para actuar con un propósito, pensar de una manera racional, y desenvolverse eficientemente en su entorno” (Wechsler, 1958, p. 7). Nombrada por él como **La Escala de inteligencia de Wechsler-Bellevue** (Wechsler, 1981). Esta combinación de subpruebas se convirtió en una de las pruebas de inteligencia más utilizadas en la historia de la psicología.

Figura 11.20: David Wechsler (Image by Comet Photo AG (Zürich) con licencia de CC BY-SA 4.0)

Hoy en día, hay tres pruebas de inteligencia acreditadas a Wechsler, Escala de inteligencia para Adultos de Wechsler, cuarta edición (WAIS-IV), Escala de inteligencia para niños de Wechsler (WISC-V) y Escala de inteligencia para pre-escolar y primaria de Wechsler — Revisada (WPPSI -III) (Wechsler, 2002). Estas pruebas se usan ampliamente en escuelas y comunidades en todo Estados Unidos, y se norman y estandarizan periódicamente como un medio de reajuste.

Inclinación de las pruebas de coeficiente intelectual

Las pruebas de inteligencia y las definiciones psicológicas de inteligencia han sido muy criticadas desde la década de 1970 por estar inclinadas a favor de los encuestados angloamericanos de clase media y por ser herramientas inadecuadas para medir tipos no académicos de inteligencia o talento. La inteligencia cambia con la experiencia, y los cocientes o puntajes de inteligencia no reflejan esa capacidad de cambio. Lo que se considera inteligente también varía culturalmente, y la mayoría de las pruebas de inteligencia no tienen en cuenta esta variación. Por ejemplo, en Occidente, ser inteligente se asocia con ser rápido. Una persona que responde a una pregunta lo más rápido es vista como la más inteligente, pero en algunas culturas ser inteligente se asocia con considerar una idea a fondo antes de dar una respuesta. Una respuesta bien pensada y contemplativa es la mejor respuesta.[38]

Un espectro de desarrollo intelectual

Los resultados de los estudios que evalúan la medición de la inteligencia muestran que el coeficiente intelectual se distribuye en la población en forma de distribución normal (o curva de campana), que es el patrón de puntajes generalmente observado en una variable que se agrupa alrededor de su promedio. En una distribución normal, la mayor parte de los puntajes caen hacia el medio, con muchos menos puntajes cayendo en los extremos. La distribución normal de la inteligencia muestra que en las pruebas de coeficiente intelectual, así como en la mayoría de las otras medidas, la mayoría de las personas se agrupan alrededor del promedio (en este caso, donde el coeficiente intelectual = 100), y menos son muy inteligentes o muy lentas mentalmente (ver más abajo)

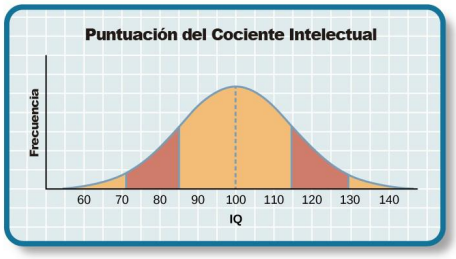


Figura 11.21: La mayoría de la gente tiene un puntaje de CI entre 85 y 115. (Image por CNX Psychology con licencia de CC BY 4.0)

Distribución de puntajes de CI en la población general

Esto significa que alrededor del 2% de las personas obtienen un puntaje por encima de un coeficiente intelectual de 130, a menudo considerado el umbral para la superdotación, y aproximadamente el mismo puntaje porcentual por debajo de un coeficiente intelectual de 70, a menudo considerado el umbral para una discapacidad intelectual.

Discapacidades intelectuales

Un extremo de la distribución de los puntajes de inteligencia está definido por personas con un coeficiente intelectual muy bajo. **La discapacidad intelectual** (o **trastorno del desarrollo intelectual**) se evalúa en función de la capacidad cognitiva (IQ) y el funcionamiento adaptativo. La gravedad de la discapacidad se basa en el funcionamiento adaptativo o en qué tan bien la persona maneja las tareas de la vida cotidiana. Alrededor del 1% de la población de los Estados Unidos, la mayoría de ellos hombres, cumplen los criterios para el trastorno del desarrollo intelectual, pero algunos niños a los que se les da este diagnóstico pierden la clasificación a medida que crecen y aprenden mejor a funcionar en la sociedad. Una vulnerabilidad particular de las personas con bajo coeficiente intelectual es que otras personas pueden aprovecharse de ellas, y este es un aspecto importante de la definición de trastorno del desarrollo intelectual (Greenspan, Loughlin y Black, 2001).

Un ejemplo de un trastorno del desarrollo intelectual es el **síndrome de Down**, un trastorno cromosómico causado por la presencia de todo o parte de un cromosoma 21 adicional. La incidencia del síndrome de Down se estima en aproximadamente 1 por 700 nacimientos, y la tendencia aumenta a medida que aumenta la edad de la madre (CDC, 2014a). Las personas con síndrome de Down generalmente exhiben un patrón distintivo de características físicas, que incluyen una nariz plana, un ojo inclinado hacia arriba, una lengua protuberante y un cuello corto.

Figura 11.22: El síndrome de Down es causado por la presencia de todo o parte de un cromosoma 21 adicional. (Imagen por Vanellus Foto con licencia de CC BY-SA 3.0)

Afortunadamente, las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad intelectual han cambiado en las últimas décadas. Ya no usamos términos como "retrasado", "tonto", "idiota" o "imbécil" para describir a las personas con diferencias intelectuales, aunque estos fueron los términos psicológicos oficiales utilizados para describir los grados de lo que se denominó retraso mental en el pasado. Leyes como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) han prohibido la discriminación por motivos de discapacidad mental y física.

La distribución normal de los puntajes de CI en la población general muestra que la mayoría de las personas tienen una inteligencia promedio, mientras que muy pocas tienen una inteligencia extremadamente alta o extremadamente baja.[41]

Dones

Ser **superdotado** se refiere a los niños que tienen un coeficiente intelectual de 130 o más (Lally y Valentine-French, 2015). Tener un coeficiente intelectual extremadamente alto es claramente menos problemático que tener un coeficiente intelectual extremadamente bajo, pero también puede haber desafíos para ser particularmente inteligente. A menudo se asume que los niños escolares que están etiquetados como "superdotados" pueden tener problemas de adaptación que les dificultan más crear y mantener relaciones sociales.

Figura 11.23: Niños que obtienen un puntaje en una prueba de inteligencia que muestran un coeficiente intelectual de 130 o superior están calificados como dotados. (Image por Ben Mullins en Unsplash)

Como es de esperar en base a nuestra discusión sobre inteligencia, también hay diferentes tipos y áreas de inteligencia y talento. Algunos niños son particularmente buenos en matemáticas o ciencias, algunos en reparación de automóviles o carpintería, algunos en música o arte, algunos en deportes o liderazgo, etc. Existe un animado debate entre los académicos sobre si es apropiado o beneficioso etiquetar a algunos niños como "dotados y talentosos" en la escuela y proporcionarles clases especiales aceleradas y otros programas que no están disponibles para todos. Aunque hacerlo puede ayudar a los niños superdotados (Colangelo y Assouline, 2009), también puede aislarlos de sus compañeros y hacer que dichas disposiciones no estén disponibles para aquellos que no están clasificados como "superdotados". Las pruebas de alto coeficiente intelectual o de discapacidades deben analizarse pensando en el bien para el que se crearon y que no se utilicen con fines indeseables.[43]

¿Cómo tener un conocimiento amplio sobre lo que los niños aprenden en las escuelas? En la siguiente sección veremos los diferentes tipos de pruebas y lo que las escuelas están evaluando.

Pruebas en escuelas

El rendimiento académico de los niños a menudo se mide con el uso de pruebas estandarizadas. Esas pruebas incluyen, entre otras, las pruebas de rendimiento y Aptitud.

Figure 11.24: Las pruebas estandarizadas se utilizan para medir el rendimiento académico. (Image de Marine Corps Base Hawaii de dominio publico)

Las pruebas de rendimiento se utilizan para medir lo que un niño ya ha aprendido. Las pruebas de rendimiento a menudo se usan como medidas de la efectividad de la enseñanza dentro del entorno escolar y como un método para hacer que las escuelas que reciben dinero de impuestos (como las escuelas públicas, las escuelas autónomas y las escuelas privadas que reciben vales) rindan cuentas al gobierno por su desempeño.

Las pruebas de aptitud están diseñadas para medir la capacidad de un estudiante para aprender o para determinar si una persona tiene potencial en un programa en particular. A menudo se usan al comienzo de un curso de estudio o como parte de los requisitos de ingreso a la universidad. La Prueba de Aptitud Escolástica (SAT) y la Prueba de Aptitud Escolástica Preliminar (PSAT) son quizás las pruebas de aptitud más familiares para los estudiantes en los grados 6 y superiores. Aprender habilidades para tomar exámenes y prepararse para el SAT se ha convertido en parte de la capacitación que reciben algunos estudiantes de estos grados

como parte de su preparación previa a la universidad. Otras pruebas de aptitud incluyen el MCAT (Examen de admisión a la facultad de medicina), el LSAT (Examen de admisión a la facultad de derecho) y el GRE (Examen de registro de posgrado). Las pruebas de inteligencia también son una forma de prueba de aptitud, diseñada para medir la capacidad de una persona para aprender.[45]

¿Qué pasó con que ningún niño se quede olvidado?

En 2001, el presidente Bush firmó la Ley Pública 107-110, más conocida como la Ley **Que Ningún Niño Se Quede olvidado**, exige que las escuelas administren pruebas de rendimiento a los estudiantes y publiquen esos resultados para que los padres tengan una idea del rendimiento de sus hijos. Además, el gobierno tendría información sobre las brechas en el rendimiento educativo entre los niños de diversos grupos sociales, raciales y étnicos.

Las escuelas que mostraron brechas significativas en estos niveles de desempeño tuvieron el mandato de trabajar para reducir estas brechas. Los educadores criticaron la política por centrarse demasiado en las pruebas como la única indicación del rendimiento de los estudiantes. Las metas fueron consideradas poco realistas y establecidas por el gobierno federal en lugar de estados individuales. Debido a que estos requisitos se volvieron cada vez menos factibles para las escuelas, se solicitaron cambios a la ley.

Figura 11.25: La ley ningún niño olvidado se promulgo en 2001. (Image de dominio publico)

Figure 11.26: La ley éxito para cada estudiante se promulgo 2015. (Image de dominio publico)

El 12 de diciembre de 2015, el presidente Obama promulgó la Ley de **éxito para cada estudiante** (ESSA). Esta ley está dirigida por el estado y se enfoca en expandir las oportunidades educativas y mejorar los resultados de los estudiantes, incluso en las áreas de graduación de la escuela secundaria, tasas de deserción y asistencia a la universidad.[48]

Contribuyentes y atribuciones

33. Introduction to Psychology - Measures of Intelligence referencias Psychology por OpenStax CNX, con licencia de CC BY 4.0 (modificada por Dawn Rymond)

34. Introduction to Psychology - Measures of Intelligence referencias Psychology por OpenStax CNX, con licencia de CC BY 4.0 (modificada por Dawn Rymond)

36. Introduction to Psychology - Measures of Intelligence referencias Psychology por OpenStax CNX, con licenica de CC BY 4.0

38. Sociology: Brief Edition – Agents of Socialization por Steven E. Barkan con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

Introduction to Psychology - Measures of Intelligence referencias Psychology by OpenStax CNX, con licencia de CC BY 4.0

41. Introduction to Psychology - Measures of Intelligence referencias Psychology por OpenStax CNX, con licencia de CC BY 4.0

43. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

45. Sociology: Brief Edition – Agents of Socialization por Steven E. Barkan con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

48. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar

El lenguaje humano es el comportamiento más complejo del planeta y, al menos hasta donde sabemos, en el universo. El lenguaje implica tanto la capacidad de comprender (receptivo) palabras habladas y escritas (expresivas) como de crear comunicación en tiempo real cuando hablamos o escribimos. La mayoría de los idiomas son orales, generados a través del habla. Hablar implica una variedad de procesos cognitivos, sociales y biológicos complejos que incluyen el funcionamiento de las cuerdas vocales y la coordinación de la respiración con los movimientos de la garganta, la boca y la lengua. Otros idiomas son lenguajes de señas, en los que la comunicación se expresa mediante movimientos de las manos. El lenguaje de señas más común es el lenguaje de señas americano (ASL), que actualmente hablan más de 500,000 personas solo en los Estados Unidos.

Aunque el lenguaje se usa a menudo para la transmisión de información ("gire a la derecha en el siguiente semáforo y luego siga recto", "Coloque la pestaña A en la ranura B"), esta es solo su función más común. El lenguaje también nos permite acceder al conocimiento existente, sacar conclusiones, establecer y lograr objetivos, y comprender y comunicar relaciones sociales complejas. El lenguaje es fundamental para nuestra capacidad de pensar, y sin él no seríamos tan inteligentes como somos.

El lenguaje puede conceptualizarse en términos de sonidos, significado y los factores ambientales que nos ayudan a entenderlo. Los fonemas son los sonidos elementales de nuestro lenguaje, los morfemas son las unidades de significado más pequeñas en un lenguaje, la sintaxis es el conjunto de reglas gramaticales que controlan cómo se juntan las palabras, y la información contextual son los elementos de comunicación que no forman parte del contenido de lenguaje, pero eso nos ayuda a entender su significado. Comprender cómo funciona el lenguaje significa llegar a muchas ramas de la psicología, desde el funcionamiento **neurológico** básico hasta el procesamiento **cognitivo** de alto nivel. El lenguaje da forma a nuestras interacciones sociales y da orden a nuestras vidas. El lenguaje complejo es uno de los factores definitorios que nos hacen humanos.[49]

Contribuyentes y atribuciones

49. Beginning Psychology – Intelligence and Language por Charles Stangor con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.8: Introducción a la lingüística

El idioma es un tema tan especial que hay un campo completo, la lingüística, dedicado a su estudio. La lingüística ve el lenguaje de manera objetiva, utilizando el **método científico** y la investigación rigurosa para formar **teorías** sobre cómo los humanos adquieren, usan y, a veces, abusan del lenguaje. Hay algunas ramas importantes de la lingüística, que es útil comprender para aprender sobre el lenguaje desde una perspectiva psicológica.

Ramas principales de la lingüística

Este diagrama describe los diversos subcampos de la lingüística, el estudio del lenguaje. Estos incluyen fonética, fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

Figura 11.27: Principales ramas de la lingüística. (Image de dominio publico)

Fonética y Fonología

Un **fonema** es la unidad de sonido más pequeña que marca una diferencia significativa en un idioma. La palabra "bit"(poco) tiene tres fonemas, / b /, / i / y / t / (en la transcripción, los fonemas se colocan entre barras), y la palabra "pit"(hoyo) también tiene tres: / p /, / i /, y t/. En los idiomas hablados, los fonemas se producen por las posiciones y movimientos del tracto vocal, incluidos nuestros labios, dientes, lengua, cuerdas vocales y garganta, mientras que en los lenguajes de señas los fonemas se definen por las formas y el movimiento de las manos. El inglés contiene alrededor de 45 fonemas.

Mientras que los fonemas son las unidades más pequeñas de sonido en el lenguaje, **la fonética** es el estudio de los sonidos del habla individuales; **La fonología** es el estudio de los fonemas, que son los sonidos del habla de un idioma individual. Estos dos subcampos superpuestos cubren todos los sonidos que los humanos pueden hacer, así como los sonidos que componen diferentes idiomas.

Morfema y Morfología

Un **morfema** es una cadena de uno o más fonemas que conforman las unidades más pequeñas de significado en un idioma. Algunos morfemas, como las palabras de una letra como "I" y "a", también son fonemas, pero la mayoría de los morfemas están formados por combinaciones de fonemas. Algunos morfemas son prefijos y sufijos utilizados para modificar otras palabras. Por ejemplo, la sílaba "re" como en "reescribir" significa "volver a hacer".

La morfología es el estudio de palabras y otras unidades significativas del lenguaje como sufijos y prefijos. Un morfólogo estaría interesado en la relación entre palabras como "perro" y "perros" o "caminar" y "caminata", y cómo las personas descubren las diferencias entre esas palabras.

Sintaxis

La sintaxis es el conjunto de reglas de un lenguaje mediante el cual construimos oraciones. Cada idioma tiene una sintaxis diferente. La sintaxis del idioma inglés requiere que cada oración tenga un sustantivo y un verbo, cada uno de los cuales puede ser modificado por adjetivos y adverbios. Algunas sintaxis utilizan el orden en que aparecen las palabras, mientras que otras no.

La sintaxis es el estudio de oraciones y frases, o cómo las personas ponen las palabras en el orden correcto para que puedan comunicarse de manera significativa. Todos los idiomas tienen reglas de sintaxis subyacentes que, junto con las reglas morfológicas, conforman la gramática de cada idioma. Un ejemplo de sintaxis que entra en juego en el lenguaje es "Eugene paseó

al perro" versus "El perro paseó a Eugene". El orden de las palabras no es arbitrario: para que la oración transmita el significado deseado, las palabras deben estar en un cierto orden.[52]

Semántica y Pragmática

La semántica, en general, se trata del significado de las oraciones. Alguien que estudia semántica está interesado en las palabras y qué objeto o concepto del mundo real denotan o señalan esas palabras.

La pragmática es un campo aún más amplio que estudia cómo el contexto de una oración contribuye al significado. Por ejemplo, alguien gritando "¡Fuego!" tiene un significado muy diferente si están a cargo de un saludo de siete pistolas que si están sentados en una sala de cine abarrotada. Cada idioma es diferente. En inglés, un adjetivo viene antes de un sustantivo ("red house"), mientras que, en español, el adjetivo viene después ("casa [house] roja [red]"). En alemán, puedes poner sustantivo después de sustantivo juntos para formar palabras compuestas gigantescas; En chino, el tono de su voz determina el significado de sus palabras. En lenguaje de señas americano, puede transmitir oraciones gramaticales completas con tiempo y aspecto moviendo las manos y la cara. Pero todos los idiomas tienen bases estructurales que los hacen lógicos para las personas que los hablan y los entienden.[53]

Figura 11.28: Como hablantes de chino, estos muchachos comprenderían la importancia del tono. (Image by joan vila is licensed under CC BY 2.0)

Lenguaje Cognitivo y Comunicación

Cuando aprenden uno o más idiomas en la infancia media, los niños pueden comprender que hay muchas partes complejas que incluyen comprensión, fluidez y significado al comunicarse. Las siguientes son áreas de lenguaje cognitivo y comunicación.

Léxico

Cada idioma tiene sus reglas, que actúan como un marco para la comunicación significativa. Pero, ¿con qué llena la gente ese marco? La respuesta es, por supuesto, palabras. Cada idioma humano tiene un **léxico**: la suma total de todas las palabras en ese idioma. Mediante el uso de reglas gramaticales para combinar palabras en oraciones lógicas, los humanos pueden transmitir una cantidad infinita de conceptos.

Gramática

Como todo lenguaje obedece a un conjunto de reglas combinatorias, podemos comunicar un número infinito de conceptos. Si bien cada idioma tiene un conjunto diferente de reglas, todos los idiomas obedecen las reglas. Estas reglas se conocen como gramática. Los hablantes de un idioma han internalizado las reglas y excepciones para la gramática de ese idioma. Existen reglas para cada nivel de lenguaje: formación de palabras (por ejemplo, los hablantes nativos de inglés han internalizado la regla general que -ed es el final de los verbos en tiempo pasado, por lo que incluso cuando se encuentran con un verbo completamente nuevo, saben automáticamente cómo ponerlo en tiempo pasado); formación de frases (por ejemplo, saber que cuando usa el verbo "comprar", necesita un sujeto y un objeto; "Ella compra" está mal, pero "Ella compra un regalo" está bien); y formación de oraciones.

Los niños mayores también pueden aprender nuevas reglas de gramática con más flexibilidad. Si bien es probable que los niños más pequeños sean reacios a renunciar a pronunciar mal el tiempo de un verbo, los niños mayores aprenderán esto bastante rápido junto con otras reglas de gramática.

Vocabulario

Una de las razones por las que los niños pueden clasificar objetos de muchas maneras es que han adquirido un vocabulario para hacerlo. Para el quinto grado, el vocabulario de un niño ha crecido a 40,000 palabras. Crece a un ritmo que supera el de aquellos en la primera infancia. Sin embargo, esta explosión del lenguaje difiere de la de los niños más pequeños porque se facilita al poder asociar palabras nuevas con las que ya se conocen y porque va acompañada de una comprensión más sofisticada de los significados de una palabra.

Contexto

Las palabras no poseen significados fijos, pero cambian su interpretación en función del contexto en el que se pronuncian. Utilizamos **información contextual**, la información que las rodea, para ayudarnos a interpretarlas. El contexto es cómo todo en el lenguaje funciona en conjunto para transmitir un significado particular. El contexto incluye el tono de voz, el lenguaje corporal y las palabras que se utilizan. Dependiendo de cómo una persona dice algo, sostiene su cuerpo o enfatiza ciertos puntos de una oración, se pueden transmitir una variedad de mensajes diferentes. Por ejemplo, la palabra "asombroso", cuando se dice con una gran sonrisa, significa que la persona está entusiasmada con una situación. "Impresionante", dicho con los brazos cruzados, los ojos en blanco y un tono sarcástico, significa que la persona no está encantada con la situación.55

Figura 11.29: El contexto nos ayuda a comprender el significado. (Image con licencia de CC0)

Nuevo entendimiento

Los niños en la infancia media y tardía también pueden pensar en objetos de maneras menos literales. Por ejemplo, si se le pregunta la primera palabra que le viene a la mente cuando se escucha la palabra "pizza", es probable que el niño más pequeño diga "comer" o alguna palabra que describa lo que se hace con una pizza. Sin embargo, es más probable que el niño mayor coloque la pizza en la categoría apropiada y diga "comida". Esta sofisticación del vocabulario también se evidencia por el hecho de que los niños mayores cuentan chistes y se deleitan en hacerlo. Pueden usar bromas que impliquen juegos con palabras tales como bromas "toc-toc" o chistes con frases. Los niños pequeños no entienden el juego de palabras y dicen "chistes" que son literales o tontos, como "¡Un hombre se cayó al barro! ¿No es gracioso?"[57]

Contribuyentes y atribuciones

51. Beginning Psychology – Intelligence and Language por Charles Stangor con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

52. Beginning Psychology – Intelligence and Language por Charles Stangor con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

53. Child Development – Unit 6: Language Development referencias Psychology.por Boundless, con licencia de CC BY-SA 4.0

55. Beginning Psychology – Intelligence and Language by Charles Stangor is licensed under CC BY-NC-SA 3.0

57. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, con licencia de CC BY 4.0 Beginning Psychology – Intelligence and Language por Charles Stangor con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.8: Introducción a la lingüística is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés

Aunque los hablantes **monolingües** (aquellos que solo hablan un idioma) a menudo no se dan cuenta, la mayoría de los niños de todo el mundo son **bilingües** (entienden y usan dos idiomas). (Meyers-Sutton, 2005). Incluso en los Estados Unidos, que es una sociedad relativamente monolingüe, más de 47 millones de personas hablan un idioma que no es inglés en el hogar, y aproximadamente 10 millones de estas personas son niños o jóvenes en escuelas públicas (Departamento de Comercio de los Estados Unidos, 2003). La gran mayoría de los estudiantes bilingües (75%) son hispanos, pero el resto representa a más de cien grupos de idiomas diferentes de todo el mundo. En comunidades más grandes en todo Estados Unidos, por lo tanto, es común que un solo salón de clases contenga estudiantes de varios idiomas al mismo tiempo. En las aulas, como en otros entornos sociales, el bilingüismo existe en diferentes formas y grados.

Figura 11.30: La analogía del iceberg. (Image por LEAP con licencia de Free Art License)

El estudiante que habla ambos idiomas con fluidez tiene una ventaja cognitiva definida. Como puede sospechar y la investigación confirmada, un estudiante bilingüe con total fluidez está en una mejor posición para expresar conceptos o ideas en más de una forma, y estar al tanto de hacerlo (Jiménez, García y Pearson, 1995; Francis, 2006). Se ha demostrado que tener un vocabulario amplio en un primer idioma ahorra tiempo en el aprendizaje de vocabulario en un segundo idioma (Hansen, Umeda y McKinney, 2002).[58]

Contribuyentes y atribuciones

59. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje

Los humanos, especialmente los niños, tienen una increíble habilidad para aprender el idioma. Dentro del primer año de vida, los niños habrán aprendido muchos de los conceptos necesarios para tener un lenguaje funcional, aunque aún les llevará años desarrollar plenamente sus capacidades. Como acabamos de explicar, algunas personas aprenden con fluidez dos o más idiomas y son bilingües o multilingües. Aquí hay un resumen de los teóricos y teorías que se han propuesto para explicar el desarrollo del lenguaje y las estructuras cerebrales relacionadas en los niños.

Skinner: condicionamiento operativo

B. F. Skinner creía que los niños aprenden el lenguaje a través del **condicionamiento operante**; en otras palabras, los niños reciben "recompensas" por usar el lenguaje de manera funcional. Por ejemplo, una niña aprende a decir la palabra "beber" cuando tiene sed; ella recibe algo de beber, lo que refuerza su uso de la palabra para tomar una bebida, y así continuará haciéndolo. Este proceso resulta en cuatro términos que Skinner creía que era la base del desarrollo del lenguaje: operaciones motivadoras, estímulos discriminativos, respuestas y estímulos de refuerzo. Skinner también sugirió que los niños aprendan el lenguaje imitando a otros, incitando y dando forma.

Chomsky: dispositivo de adquisición de idiomas

El trabajo de Noam Chomsky discute la base biológica del lenguaje y afirma que los niños tienen habilidades innatas para aprender el lenguaje. Chomsky llama a esta habilidad innata el "dispositivo de adquisición del lenguaje". Él cree que los niños aprenden instintivamente el idioma sin ninguna instrucción formal. También cree que los niños tienen una necesidad natural de usar el lenguaje y que, en ausencia de lenguaje formal, desarrollarán un sistema de comunicación para satisfacer sus necesidades. Ha observado que todos los niños cometen el mismo tipo de errores de idioma, independientemente del idioma que se les enseñe. Chomsky también cree en la existencia de una "gramática universal", que postula que hay ciertas reglas gramaticales que comparten todos los lenguajes humanos. Sin embargo, su investigación no identifica áreas del cerebro o una base genética que permita la capacidad innata de los humanos para el lenguaje.

Piaget: asimilación y acomodación

La teoría del desarrollo del lenguaje de Jean Piaget sugiere que los niños usan tanto la asimilación como la adaptación para aprender el lenguaje. **La asimilación** es el proceso de cambiar el entorno de uno para colocar información en un esquema (o idea) ya existente. **La acomodación** es el proceso de cambiar el esquema para adaptarse al nuevo entorno. Piaget creía que los niños primero deben desarrollarse mentalmente antes de que ocurra la adquisición del lenguaje. Según él, los niños primero crean estructuras mentales dentro de la mente (esquemas) y, a partir de estos esquemas, ocurre el desarrollo del lenguaje.

Vygotsky: zona de desarrollo proximal

La teoría del desarrollo del lenguaje de Lev Vygotsky se centró en el aprendizaje social y **la zona de desarrollo próximo (ZPD)**. El ZPD es un nivel de desarrollo obtenido cuando los niños participan en interacciones sociales con otros; Es la distancia entre el potencial de un niño para aprender y el aprendizaje real que tiene lugar. La teoría de Vygotsky también demostró que Piaget subestimó la importancia de las interacciones sociales en el desarrollo del lenguaje.

Las teorías de Piaget y Vygotsky a menudo se comparan entre sí, y ambas se han utilizado con éxito en el campo de la educación.

Figura 11.31: Este guardaparques está usando el ZPD para aumentar la comprensión de estos niños. (Image por el National Park Service es de dominio publico)

This page titled 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.11: Aprendiendo a leer

Un gran hito en la infancia media es aprender a leer y escribir. Si bien las bases de esto se establecieron en sus primeros años de vida y la primera infancia, la instrucción formal sobre este proceso generalmente ocurre durante los años de edad escolar. No siempre hay un acuerdo completo sobre cómo se enseña mejor a los niños a leer. Los siguientes enfoques para enseñar a leer están separados por su metodología, pero hoy en día, los modelos de lectura se esfuerzan por lograr un equilibrio entre los dos tipos de métodos de lectura porque ambos son reconocidos como esenciales para aprender a leer.

- Un **enfoque basado en la fonética** enseña a leer asegurándose de que los niños puedan entender las correspondencias entre letras y sonidos (cómo suenan las letras), reconocer automáticamente palabras conocidas y decodificar palabras desconocidas. Esta capacidad de separar en partes el material de lectura permite a los niños leer palabras que nunca antes habían escuchado.
- El **enfoque de lenguaje completo** intenta enseñar a leer de la manera más natural posible. Como los sonidos de las palabras no tienen significado, la atención se centra en leer palabras y oraciones en contexto (como libros reales), en lugar de aprender los sonidos y fonemas que componen las palabras.[61]

Contribuyentes y atribuciones

61. Cognition and Instruction/Learning to Read por Wikibooks con licencia de CC BY-SA 3.0

This page titled 11.11: Aprendiendo a leer is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.12: Dificultades de aprendizaje

Cuando los niños no parecen desarrollarse o aprender en el patrón típico, la evaluación podría ser clasificada como un trastorno o discapacidad. ¿Qué es un trastorno de aprendizaje o discapacidad? En la siguiente sección, aprenderemos sobre la variedad de trastornos y cómo pueden afectar muchas áreas de la vida del niño.

- Un **trastorno de aprendizaje** es una clasificación de trastornos en los que una persona tiene dificultades para aprender de una manera típica en una de varias regiones. Los tipos de trastornos del aprendizaje incluyen dificultades en la lectura (dislexia), matemáticas (discalculia) y escritura (disgrafía). Estos trastornos se diagnostican con ciertos criterios.
- Una **discapacidad de aprendizaje** tiene problemas en un área específica o con una tarea específica o tipo de actividad relacionada con la educación.

A los niños con dificultades de aprendizaje generalmente se les identifican en la escuela porque es donde se evalúan, comparan y miden sus habilidades académicas. En el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de los Trastornos Mentales -DSM-5 (siglas en ingles), una persona calificada hará un diagnóstico, identificará las causas y hará un plan de tratamiento para los trastornos y discapacidades. El diagnóstico de trastornos de aprendizaje específicos se agregó al DSM-5 en 2013.

El DSM no requiere que se identifique una sola área de dificultad (como lectura, matemáticas o expresión escrita); en cambio, es un diagnóstico único que describe una colección de posibles dificultades con habilidades académicas generales, incluye especificaciones detalladas para áreas de lectura, matemáticas y escritura. El rendimiento académico debe estar por debajo del promedio en al menos uno de estos campos, y los síntomas también pueden interferir con la vida diaria o el trabajo. Además, las dificultades de aprendizaje no pueden atribuirse a otros trastornos sensoriales, motores, del desarrollo o neurológicos.[62]

El siguiente es un ejemplo del DSM-5: trastornos del aprendizaje.

Trastornos de aprendizaje:

- Dislexia – Lectura
- Discalculia - Matemáticas
- Dispraxia - Coordinación motora
- Disgrafía - Escritura
- Trastorno del procesamiento auditivo: audiencia
- Trastorno del procesamiento visual: visual

Trastornos del habla y lenguaje:

- Afasia - Pérdida del lenguaje - expresiva y receptiva
- Trastorno de articulación: un trastorno de articulación
- Trastornos de fluidez: trastornos de fluidez
- Trastornos de la voz: trastornos de la voz.[63]

Aprendiendo trastornos o discapacidades

Dislexia

La dislexia, a veces llamada "trastorno de lectura", es la discapacidad de aprendizaje más común; De todos los estudiantes con discapacidades específicas de aprendizaje, 70% –80% tienen déficits en lectura. El término "dislexia del desarrollo" a menudo se usa como un término general, pero los investigadores afirman que la dislexia es solo uno de los varios tipos de discapacidades de lectura. Una discapacidad de lectura puede afectar cualquier parte del proceso de lectura, incluido el reconocimiento de palabras, la decodificación de palabras, la velocidad de lectura, la prosodia (lectura oral con expresión) y la comprensión de lectura.

Discalculia

La discalculia es una forma de discapacidad relacionada con las matemáticas que involucra dificultades para aprender conceptos relacionados con las matemáticas (como cantidad, valor posicional y tiempo), memorizar datos relacionados con las matemáticas, organizar números y comprender cómo organizar los problemas en el papel. A menudo se hace referencia a los que padecen de discalculia como que tienen un pobre "sentido numérico".

Dispraxia

Los niños que tienen habilidades motoras sustancialmente inferiores a las esperadas para su edad son diagnosticados con **dispraxia** o trastorno del desarrollo de la coordinación (DCD), como se conoce más formalmente. No son vagos, torpes o poco inteligentes, de hecho, su capacidad intelectual está en línea con la población general, pero luchan con las tareas cotidianas que requieren coordinación.

Figura 11.32: Los niños con problemas de aprendizaje generalmente se identifican en la escuela porque es cuando se evalúan, comparan y miden sus habilidades académicas. (Image por pan xiaozhen en Unsplash)

Disgrafía

El término **disgrafía** a menudo se usa como un término general para todos los trastornos de la expresión escrita. Las personas con disgrafía generalmente muestran múltiples deficiencias relacionadas con la escritura, como errores gramaticales y de puntuación en las oraciones, organización de párrafos deficiente, errores ortográficos múltiples y caligrafía excesivamente pobre.[65]

Trastorno de procesamiento auditivo

Un déficit de procesamiento en la modalidad auditiva que abarca múltiples procesos es **el trastorno del procesamiento auditivo** (APD). Hasta la fecha, el diagnóstico de APD se basa principalmente en la utilización de material del habla. Desafortunadamente, las pruebas aceptables que no son del habla que permiten la diferenciación entre un trastorno auditivo central real y trastornos relacionados, como problemas específicos del lenguaje, aún no están disponibles de manera adecuada.

Trastorno de procesamiento visual

La dificultad para procesar o interpretar la información visual se conoce como **trastorno del procesamiento visual** (VPD). Los niños con problemas de procesamiento visual pueden tener dificultades para distinguir entre dos formas o para encontrar una información específica en una página.[66]

Tabla 11.2 - Resumen de discapacidades de aprendizaje (Dyspraxi by The Conversation con licencia de CC BY-ND 4.0)

Discapacidad	Dificultades	Efectos
Dislexia	Dificultad para leer	Problemas para leer, escribir, deletrear
Discalculia	Dificultad con las matemáticas	Problemas para resolver problemas matemáticos, comprender el tiempo, usar dinero
Dispraxia (Trastorno de integración sensorial)	Dificultad con habilidades motoras finas	Problemas con la coordinación mano-ojo, destreza manual de equilibrio
Disgrafía	Dificultad para escribir	Problemas para escribir a mano, deletrear, organizar ideas
Trastorno del procesamiento auditivo	Dificultad para escuchar la diferencia entre sonidos	Problemas con la lectura, la comprensión, el lenguaje
Trastorno del procesamiento visual	Dificultad para interpretar la información visual	Problemas con la lectura, matemáticas, mapas, gráficos, símbolos, imágenes

Trastornos en el habla y el lenguaje

Afasia

Una pérdida de la capacidad de producir o comprender el lenguaje se conoce como **afasia**. Sin el cerebro, no habría lenguaje. El cerebro humano tiene algunas áreas que son específicas del procesamiento y producción del lenguaje. Cuando estas áreas se dañan o lesionan, se pueden perder las capacidades de hablar o comprender, un trastorno conocido como afasia. Estas áreas deben funcionar juntas para que una persona pueda desarrollar, usar y comprender el lenguaje.

Trastorno de la articulación

Trastorno de la articulación se refiere a la incapacidad de producir correctamente los sonidos del habla (fonemas) debido a la colocación imprecisa, el tiempo, la presión, la velocidad o el flujo de movimiento de los labios, la lengua o la garganta (NIDCD, 2016). Los sonidos se pueden sustituir, dejar, agregar o cambiar. Estos errores pueden dificultar que las personas entiendan al hablante. Pueden variar desde problemas con sonidos específicos, como el ceceo hasta el deterioro severo en el sistema fonológico. La mayoría de los niños tienen problemas para pronunciar palabras desde el principio mientras se desarrolla su habla. Sin embargo, a los tres años, un extraño debe entender al menos la mitad de lo que dice un niño. A los cinco años, el habla de un niño debe ser mayormente inteligible. Los padres deben buscar ayuda si a los seis años el niño todavía tiene problemas para producir ciertos sonidos. Cabe señalar que los acentos no son trastornos de la articulación (Medline Plus, 2016a).

Trastornos de fluidez

Los trastornos de fluidez afectan la velocidad del habla. El habla puede ser laboriosa y lenta, o demasiado rápida para que los oyentes la sigan. El trastorno de fluidez más común es la tartamudez.

La tartamudez es un trastorno del habla en el que los sonidos, las sílabas o las palabras se repiten o duran más de lo normal. Estos problemas causan una interrupción en el flujo del habla, lo que se denomina disfluencia (Medline Plus, 2016b). Alrededor del 5% de los niños pequeños, de entre dos y cinco años, desarrollarán un tartamudeo que puede durar de varias semanas a varios años (Medline Plus, 2016c). Aproximadamente el 75% de los niños se recuperan de la tartamudez. Para el 25% restante, la tartamudez puede persistir como un trastorno de comunicación de por vida (National Institute on Deafness and other Communication Disorders, NIDCD, 2016). Esto se llama tartamudeo del desarrollo y es la forma más común de tartamudeo.

La lesión cerebral, y en casos muy raros, el trauma emocional pueden ser otros factores desencadenantes para desarrollar problemas de tartamudez. En la mayoría de los casos de tartamudeo del desarrollo, otros miembros de la familia comparten el mismo trastorno de comunicación. Los investigadores han identificado recientemente variantes en cuatro genes que se encuentran más comúnmente en aquellos que tartamudean (NIDCD, 2016).

Trastornos de la voz

Los trastornos de la voz implican problemas con el tono, el volumen y la calidad de la voz (American Speech-Language and Hearing Association, 2016). Solo se convierte en un trastorno cuando los problemas con la voz hacen que el niño sea ininteligible. En los niños, los trastornos de la voz son significativamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Entre 1.4% y 6% de los niños experimentan problemas con la calidad de su voz. Las causas pueden deberse a anormalidades estructurales en las cuerdas vocales y / o la laringe, factores funcionales, como la fatiga vocal por el uso excesivo, y en casos más raros, factores psicológicos, como el estrés crónico y la ansiedad.[68]

Figura 11.33: Terapia del habla. (Image por EU Civil Protection and Humanitarian Aid Operations con licencia de CC BY-SA 2.0)

Niños con discapacidades: Legislación

Desde la década de 1970, las actitudes políticas y sociales se han movido cada vez más hacia la inclusión de las personas con discapacidad en una amplia variedad de actividades "regulares". En los Estados Unidos, el cambio se ilustra claramente en la legislación federal que se promulgó durante este tiempo. Se aprobaron tres leyes principales que garantizaban los derechos de las personas con discapacidad, y de los niños y estudiantes con discapacidad en particular. La tercera ley ha tenido el mayor impacto en la educación.

La Ley de La rehabilitación 1973, Sección 504

Esta ley, la primera de su tipo, requería que las personas con discapacidades fueran acomodadas en cualquier programa o actividad que reciba fondos federales (PL93-112, 1973). Aunque esta ley no estaba destinada específicamente a la educación, en la práctica ha protegido los derechos de los estudiantes en algunas actividades extracurriculares (para estudiantes mayores) y en algunos programas de cuidado infantil o de cuidado extraescolar (para estudiantes más jóvenes). Si esos programas reciben fondos federales de cualquier tipo, no se les permite excluir a niños o jóvenes con discapacidades, y tienen que encontrar formas razonables para acomodar las discapacidades de las personas.

La Ley Americanos con discapacidades 1990 (o ADA)

Esta legislación también prohibió la discriminación por discapacidad, tal como lo hizo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (PL 101-336, 1990). Aunque la ADA también se aplica a todas las personas (no solo a los estudiantes), sus disposiciones son más específicas y "más fuertes" que las de la Sección 504. En particular, la ADA se extiende a todos los empleos y trabajos, no solo a aquellos que reciben fondos federales. También requiere específicamente que se realicen acomodaciones en instalaciones públicas como autobuses, baños y teléfonos. Por lo tanto, la legislación ADA es responsable de algunas de las renovaciones "menores" en las escuelas que puede haber notado en los últimos años, como puertas, rampas y baños accesibles para sillas de ruedas, y teléfonos públicos con controles de volumen.

Figura 11.34: El Presidente George H. W. Bush firmando la Ley para estadounidenses con Discapacidades, 07/26/1990. (Image es de dominio publico)

La Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (o IDEA)

Como su nombre implicaba, esta legislación estaba más centrada en la educación que en la Sección 504 o la ADA. Se aprobó por primera vez en 1975 y se ha modificado varias veces desde entonces, incluida la más reciente en 2004 (PL 108-446, 2004). En su forma actual, la ley garantiza los siguientes derechos relacionados con la educación para cualquier persona con discapacidad desde el nacimiento hasta los 21 años.

Los dos primeros derechos influyen en la escolarización en general, pero los tres últimos afectan el trabajo de los maestros de clase de manera bastante directa:

- **Educación gratuita y adecuada:** una persona o la familia de una persona no debería tener que pagar la educación simplemente porque la persona tiene una discapacidad, y el programa educativo debe ser verdaderamente educativo; es decir, no solo cuidar física o emocionalmente a los niños.
- **Debido proceso:** en caso de desacuerdos entre un individuo con una discapacidad y las escuelas u otros profesionales, debe haber procedimientos para resolver los desacuerdos que sean justos y accesibles para todas las partes, incluida la persona misma o el representante de la persona.
- **Evaluación justa del desempeño a pesar de la discapacidad:** las pruebas u otras evaluaciones no deben asumir las habilidades para tomar exámenes que no se puede esperar razonablemente que una persona con discapacidad tenga, como sostener un lápiz, escuchar o ver preguntas, trabajar rápidamente o comprender y hablar oralmente. Los procedimientos de evaluación deben modificarse para permitir estas diferencias. Esta disposición de la ley se aplica tanto a las evaluaciones realizadas por los maestros como a los programas de evaluación de toda la escuela o de "alto riesgo".

- **Educación en el "entorno menos restrictivo":** la educación para una persona con discapacidad debe proporcionar tantas oportunidades educativas y opciones para la persona como sea posible, tanto a corto como a largo plazo. En la práctica, este requisito ha significado incluir a los estudiantes en las aulas regulares y actividades escolares tanto como sea posible.
- **Un plan educativo individualizado (IEP):** dado que cada discapacidad es única, la planificación educativa para una persona con discapacidad también debe ser única o individualizada. En la práctica, esta disposición ha llevado a los maestros de clase a planificar programas individualizados conjuntamente con otros profesionales (como especialistas en lectura, psicólogos o personal médico) como parte de un equipo.[71]

Figura 11.35: El proceso de educación especial. (Imagen por Ian Joslin con licencia de CC BY 4.0)

Contribuyentes y atribuciones

62. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

63. Contenido por Dawn Rymond con licencia de CC BY 4.0

65. Dyspraxi por The Conversation con licencia de CC BY-ND 4.0

66. Ludwig, A. A., Fuchs, M., Kruse, E., Uhlig, B., Kotz, S. A., & Rübsamen, R. (2014). Auditory processing disorders with and without central auditory discrimination deficits. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology: JARO*, *15*(3), 441-64.

Child Development – Unit 6: Language Development referencias Psychology.por Boundless, con licencia de CC BY-SA 4.0

Child Development – Unit 6: Language Development references Psychology.by Boundless, licensed under CC BY-SA 4.0

68. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

71. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French con licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 11.12: Dificultades de aprendizaje is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

11.S: Conclusión

En este capítulo examinamos:

- La etapa operativa concreta de Piaget del desarrollo cognitivo.
- Teorías de la inteligencia.
- Cómo los niños procesan la información.
- Pruebas de inteligencia.
- El espectro de habilidades intelectuales.
- Desarrollo del lenguaje y la comunicación.
- Dificultades de aprendizaje.

En el próximo capítulo, examinaremos el desarrollo de la comprensión de los niños en edad escolar de sí mismos y del mundo que los rodea y las crecientes influencias en su desarrollo social y emocional.

This page titled 11.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

12: Infancia media - Desarrollo social y emocional

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo, podrás:

1. Describir las teorías del desarrollo social y emocional
2. Examinar la importancia de las amistades y las relaciones positivas entre los compañeros
3. Describir la auto-comprensión en la infancia
4. Identificar los tipos de familias de la que forman parte los niños
5. Explicar la agresión, el comportamiento antisocial, y la intimidación

A medida que los niños crecen, sus experiencias les permiten desarrollar una comprensión más realista de sí mismos, tanto en sus fortalezas, así como en sus debilidades. Este desarrollo del auto-concepto se ve influenciado por los mensajes que reciben de sus compañeros, su familia y los medios de comunicación.

12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo
12.2: Autocomprensión
12.3: Motivación como auto-eficacia
12.4: Identidad de género
12.5: Niño y la familia
12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros
12.7: Relaciones de compañeros
12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas
12.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/children-...-bath-1822704/

This page titled 12: Infancia media - Desarrollo social y emocional is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo

Erik Erikson - Laboriosidad vs inferioridad

Erik Erikson propuso que estamos motivados por la necesidad de alcanzar competitividad en ciertas áreas de nuestra vida. Como hemos aprendido en los capítulos anteriores, la teoría psicosocial de Erikson tiene ocho etapas de desarrollo durante toda la vida, desde la infancia hasta la edad adulta tardía. En cada etapa hay un conflicto, o tarea, que tenemos que resolver. La conclusión con éxito de cada tarea del desarrollo resulta en un sentido de competencia y una personalidad sana. El fracaso para dominar estas tareas lleva a sentimientos de inadecuación.

Durante la etapa de la escuela primaria (entre los 6 a 12 años), los niños se enfrentan a la Laboriosidad vs inferioridad. Los niños empiezan a compararse con sus compañeros para ver la forma en la que se valoran.

Figura 12.1: Este niño está recibiendo un premio académico este puede contribuir a su sentido de la laboriosidad. (Imagen por Janarthanan kesavan se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0)

Desarrollan un sentido de orgullo y logro en su trabajo escolar, deportes, actividades sociales, y la vida familiar, o se sienten inferiores e inadecuados si no dan la talla.[2]

De acuerdo con Erikson, los niños en la infancia media están muy ocupados o laboriosos. Ellos están constantemente haciendo, planificaciones, jugando, y están junto a sus amigos, alcanzando sus objetivos. Este es un tiempo de mucha actividad y un momento en el que se hacen una idea de cómo valorarse en comparación con los amigos. Erikson cree que, si estos niños laboriosos pueden tener éxito en sus esfuerzos, les dará un sentido de confianza para los retos futuros. Si no es así, un sentimiento de inferioridad puede ser particularmente inquietante durante la niñez media.[3]

Sigmund Freud - Teoría Psicoanalítica

El gran psicoanalista Sigmund Freud (1856-1939) se centró en las fuerzas biológicas inconscientes, que sintió que formaban a la personalidad individual. Freud (1933) pensaba que la personalidad se compone de tres partes: la identidad, el ego, y el superego. La identidad es la parte egoísta de la personalidad y se compone de los instintos biológicos que todos los bebés tienen, incluyendo la necesidad de alimentos y, en general, la demanda de gratificación inmediata. A medida que los bebés crecen, aprenden que no todas sus necesidades pueden ser satisfechas de inmediato y así desarrollan el ego, o la parte racional de la personalidad. A medida que los niños crecen, interiorizan las normas y valores de la sociedad y por lo tanto comienzan a desarrollar su superego, que representa la conciencia de la sociedad. Si un niño no se desarrolla normalmente y el superego no se hace lo suficientemente fuerte, el individuo está en más riesgo de ser impulsado por la identidad y tener un comportamiento antisocial.[4]

Figura 12.2: Desarrollo del superego ayuda a los niños a superar su deseo inconsciente a comportarse de manera antisocial. (Imagen por Annie Spratt en Unsplash)

Lawrence Kohlberg Teoría del desarrollo moral

Kohlberg (1963) se basó en el trabajo de Piaget y estaba interesado en saber cómo nuestro razonamiento moral cambia a medida que envejecemos. Quería averiguar cómo la gente decide lo que está bien y lo qué está mal. Al igual que Piaget cree que el desarrollo cognitivo de los niños sigue patrones específicos, Kohlberg (1984) argumentó que aprendemos nuestros valores morales a través del pensamiento activo y el razonamiento, y que el desarrollo moral sigue una serie de etapas. Las seis etapas de Kohlberg

se organizan generalmente en tres niveles de razones morales. Para estudiar el desarrollo moral, Kohlberg analizó cómo los niños (y adultos) responden a los dilemas morales. Uno de los más conocidos dilemas morales de Kohlberg es el dilema de Heinz:

En Europa, una mujer estaba a punto de morir de un tipo especial de cáncer. Hubo un medicamento que los médicos pensaban que podría salvarla. Era una forma de radio que un farmacéutico en la misma ciudad había descubierto recientemente. La droga era cara de fabricar, pero el farmacéutico estaba cobrando diez veces el precio del fármaco para fabricarlo. Él pagó $ 200 por el radio y cobraba $ 2,000 por una pequeña dosis de la droga. El marido de la enferma, Heinz, fue a todos los que conocía a pedir dinero prestado, pero sólo pudo juntar alrededor de $ 1.000, aproximadamente la mitad de lo que costaba el medicamento. Le dijo al farmacéutico que su esposa se estaba muriendo y le pidió que le venda más barato o que pagaría más tarde. Pero el farmacéutico dijo: “No, he descubierto la droga y voy a hacer dinero con mi descubrimiento.” Heinz se desesperó y rompió la tienda del farmacéutico para robar la medicina para su esposa. ¿Debería el esposo haber hecho eso? (Kohlberg, 1969, p. 379) [6]

Nivel Uno - Moralidad preconvencional

En la primera etapa, el razonamiento moral se basa en los conceptos de castigo. El niño cree que, si la consecuencia de una acción es el castigo, entonces la acción estaba mal. En la segunda etapa, el niño basa su pensamiento en el interés propio y la recompensa (“Usted me rasca la espalda, y yo te rasco la tuya"). Los sujetos más jóvenes parecían basar su respuesta en lo que le pasaría al hombre como resultado del acto. Por ejemplo, se podría decir que el hombre no debería entrar en la farmacia debido a que el farmacéutico podría encontrarlo y golpearlo. O se podría decir que el hombre debe irrumpir en la farmacia y robar la droga ya que su esposa le daría un gran beso. Bien o mal, ambas decisiones se basaron en lo que le sucedería físicamente al hombre como un resultado del acto. Este es un enfoque centrado en sí mismos en la toma de decisiones morales. Llamó a esta comprensión más superficial del bien y el mal como **moralidad preconvencional**. La moralidad preconvencional se centra en el interés propio. Se evita el castigo y se buscan recompensas. Los adultos también pueden caer en estas etapas, sobre todo cuando están bajo presión.

Nivel Dos - La moralidad convencional

Los evaluados que basan sus respuestas en lo que otras personas podrían pensar del hombre como resultado de su acto, se colocaron en el Segundo Nivel. Por ejemplo, se podría decir que debería entrar en la tienda, así todo el mundo pensaría que era un buen marido, o que no debería porque está en contra de la ley. En cualquiera de los dos casos, correcto o equivocado está determinado por lo que piensan los demás. En la tercera etapa, las personas quieren complacer a los demás. En la cuarta etapa, las personas reconocen la importancia de las normas o leyes sociales y desean ser buenos miembros del grupo o sociedad. Una buena decisión es la que gana la aprobación de los demás o la que cumpla con la ley. Esto se llama la **moral convencional**, *las personas se preocupan por el efecto de sus acciones sobre los demás*. Algunos niños mayores, adolescentes y adultos utilizan este razonamiento.

Nivel Tres, la moral post convencional, no se incluye porque se centra en la adolescencia y la edad adulta. Sin embargo, esta en la tabla, a continuación, si desea una visión general del nivel tres son las etapas 5 y 6.

Tabla 12.1 - Lawrence Kohlberg Los niveles de razonamiento moral

Moralidad preconvencional (niños pequeños)

Etapa	Descripción
Etapa 1	El foco está en el interés propio y se evita el castigo. El hombre no debe robar la medicina, ya que puede quedar atrapado e ir a la cárcel
Etapa 2	Se buscan recompensas. Una persona en este nivel argumentaba que el hombre debía robar la medicina porque no quería perder a la esposa, que se ocupa de él.

La moralidad convencional (niños mayores, adolescentes, y la mayoría de adultos)

Etapa	Descripción
Etapa 3	El foco está en la forma que los resultados situacionales impactan a otros y con ganas de agradar y ser aceptado. El hombre debe robar la droga porque es lo que hacen los buenos maridos.
Etapa 4	La gente toma decisiones en base a las leyes o reglas formalizadas. El hombre debe obedecer la ley porque robar es un delito.

La moral post convencional (poco frecuente en los adolescentes, algunos adultos)

Etapa	Descripción
Etapa 5	Las personas emplean el razonamiento abstracto para justificar comportamientos. El hombre debe robar la medicina porque las leyes pueden ser injustas y hay que tener en cuenta toda la situación.
Etapa 6	El comportamiento moral se basa en principios éticos auto-elegidos. El hombre debe robar la droga porque la vida es más importante que la propiedad.

Aunque la investigación ha apoyado la idea de Kohlberg de que el razonamiento moral cambia de un énfasis inicial de castigo y reglas sociales y las regulaciones a un énfasis en los principios éticos más generales, al igual que con el enfoque de Piaget, El modelo de etapas de Kohlberg es probablemente demasiado simple. Por un lado, las personas pueden utilizar niveles más altos de razonamiento para algunos tipos de problemas, pero volverá a disminuir los niveles en situaciones en las que hacerlo es más consistente con sus objetivos o creencias (Rest, 1979). En segundo lugar, se ha argumentado que el modelo de fase es particularmente más apropiado para occidentales, que, para los no occidentales, por ejemplo, en las que la lealtad a las normas sociales, tales como respeto a la autoridad, pueden ser particularmente importantes (Haidt, 2001). Además, frecuentemente hay poca correlación entre como calificamos en las etapas morales y cómo nos comportamos en la vida real. Quizás la crítica más importante de la teoría de Kohlberg es que puede describir el desarrollo moral de los hombres mejor que el de las mujeres (Jaffee & Hyde, 2000).[7]

Contribuyentes y atribuciones

2. Psychology - 9.2: Lifespan Theories por CNX Psychology se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

3. Sociology: Brief Edition – Explaining Socialization por Steven E. Barkan se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

4. Sociology: Brief Edition – Explaining Socialization por Steven E. Barkan se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

6. Psychology - 9.2: Lifespan Theories por CNX Psychology se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

7. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.2: Autocomprensión

Los niños en la infancia media tienen un sentido más realista de uno mismo que aquellos en la primera infancia. Esa sensación exagerada de sí mismo como “más grandes” o “más inteligente” o “más altos” da paso a una comprensión de las fortalezas y debilidades de cada uno. Esto se puede atribuir a una mayor experiencia en comparar el desempeño propio del uno con el de los demás y para una mayor flexibilidad cognitiva. El autoconcepto de un niño puede ser influenciado por sus compañeros y la familia y los mensajes que envían sobre la importancia del niño. Los niños de hoy también reciben mensajes de los medios de comunicación acerca de cómo deben lucir y actuar. Películas, vídeos musicales, internet, y las publicidades pueden crear todas las imágenes culturales de lo que es deseable o indeseable y esto también puede influir el concepto de sí mismo en el niño.

Figura 12.3: Interacción con los medios de comunicación y la percepción de los niños de sí mismos. (Imagen por Lucélia Ribeiro se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

Autoconcepto se refiere a las creencias acerca de la identidad personal en general (Seiffert, 2011). Estas creencias incluyen atributos personales, como la edad de uno, las características físicas, comportamientos y competencias. Los niños en la infancia media y tardía tienen un sentido más realista de ellos mismos que aquellos en la primera infancia, y entienden mejor sus fortalezas y debilidades. Esto se puede atribuir a una mayor experiencia en comparación de su propio rendimiento con el de otros, y para una mayor flexibilidad cognitiva. Los niños en la infancia media y tardía y también son capaces de incluir evaluaciones de otras personas sobre ellos en su auto-concepto, incluyendo los padres, maestros, compañeros, la cultura y los medios de comunicación.

Otro desarrollo importante en la comprensión de sí mismo es la auto-eficacia, que es la creencia de que son capaces de llevar a cabo una tarea específica o de alcanzar un objetivo específico (Bandura, 1977, 1986, 1997). Grandes discrepancias entre la auto-eficacia y la capacidad de motivación pueden crear problemas para el individuo (Seifert, 2011). Si un estudiante cree que él o ella puede resolver problemas matemáticos, entonces el estudiante tiene más probabilidades de intentar resolver la tarea de matemáticas que le asignan los maestros.

Por desgracia, lo contrario también es cierto. Si un estudiante cree que él o ella es incapaz de resolver problemas matemáticos, entonces el estudiante tiene menos probabilidades de intentar la tarea de matemáticas independientemente de la capacidad real del estudiante en matemáticas. Ya que la auto-eficacia es construida por uno mismo, es posible que los estudiantes calculen mal o malinterpreten su verdadera habilidad, y estas percepciones erróneas pueden tener efectos complejos sobre las motivaciones de los estudiantes. Es posible tener demasiado o demasiado poco de auto-eficacia, y de acuerdo con Bandura (1997), el nivel óptimo parece estar en, o ligeramente por encima, de la verdadera capacidad.[10]

Figura 12.4: Las familias pueden apoyar las habilidades sociales y emocionales de los niños. (Imagen está en el dominio público)

Como hemos visto, la experiencia de los niños de las relaciones en el hogar y los grupos de compañeros contribuye a la ampliación de un repertorio de habilidades sociales y emocionales, y también a una amplia comprensión social. En estas relaciones, los niños desarrollan expectativas concretas de las personas (que llevan, por ejemplo, a tener apegos firmes o apegos débiles hacia los padres), la comprensión de cómo interactuar con los adultos y compañeros, y tener un auto-concepto basado en cómo responden los demás a ellos. Estas relaciones también son núcleos importantes para el desarrollo emocional.[12]

Contribuyentes y atribuciones

9. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0

10. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0

12. Social and Personality Development in Childhood por NOBA se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 12.2: Autocomprensión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.3: Motivación como auto-eficacia

Además de ser influenciados por sus objetivos, intereses y atribuciones, los motivos de los estudiantes se ven afectados por creencias específicas en las capacidades personales del estudiante. En **la teoría de la autoeficacia** las creencias se convierten en una razón básica, y explícita para la motivación (Bandura, 1977, 1986, 1997). **La autoeficacia** es la creencia de que son capaces de llevar a cabo una tarea específica o de alcanzar un objetivo específico. Como se mencionó anteriormente, el nivel óptimo parece ser ya sea en o ligeramente por encima de la verdadera capacidad (Bandura, 1997). Como indicamos a continuación, las grandes discrepancias entre la auto-eficacia y la capacidad pueden crear problemas de motivación para el individuo.[13]

Motivación

La motivación se refiere a un deseo, necesidad o impulso que contribuye y explica los cambios de comportamiento. En general, los motivadores proporcionan algún tipo de incentivo para completar una tarea. Una definición de un motivador seria como una fuerza "actuar sobre o dentro de una persona para iniciar el comportamiento." Además de los motivos biológicos, las motivaciones pueden ser intrínsecas (que surgen de factores internos) o extrínsecas (que surgen de factores externos).

Motivación intrínseca vs extrínseca

Los comportamientos **Intrínsecamente** motivados se realizan debido a la sensación de satisfacción personal que dan. Según Deci (1971), estos comportamientos se definen como aquellos para los que la recompensa es la satisfacción de realizar la propia actividad. Por lo tanto, la motivación intrínseca representa compromiso en una actividad por sí misma. Por ejemplo, si reconfortar a un amigo le hace sentir bien, él está intrínsecamente motivados a responder a la angustia de su amigo.

Los comportamientos **Extrínsecamente** motivados, al contrario, se llevan a cabo con el fin de recibir algo de los demás o evitar ciertos resultados negativos. La motivación extrínseca se encuentra fuera de, y actúa sobre el individuo. Recompensas, tales como una pegatina, o un caramelo-son buenos ejemplos de motivadores extrínsecos. Incentivos emocionales como la alabanza y la atención social también son motivadores extrínsecos, ya que se otorgan a la persona por otra persona.

Figura 12.5: La paleta puede ser un motivador extrínseco (Imagen por strausadolf en Pixabay)

La indefensión aprendida y la auto-eficacia

Si el sentido de propia eficacia de una persona es muy bajo, él o ella puede desarrollar **indefensión aprendida**, Una percepción de completa *carencia* de control en el dominio de una tarea. La actitud es similar a la depresión, un sentimiento generalizado de apatía y la creencia de que el esfuerzo no hace ninguna diferencia y no conduce al éxito. La indefensión aprendida se estudió inicialmente desde la perspectiva conductista del condicionamiento clásico y operante por el psicólogo Martin Seligman (1995). En las personas, la indefensión aprendida conduce a formas características de afrontar los problemas. Tienden a atribuirse a sí mismos la fuente de un problema, a generalizar el problema hacia varios aspectos de la vida, y ver el problema como duradero o permanente. Los individuos más optimistas, en cambio, son más propensos a atribuir el problema a fuentes externas, a verlos como específicos de una situación o actividad en particular, y verlos como temporales o de duración limitada. Consideremos, por ejemplo, dos estudiantes que fallaron sus exámenes. El que tiene la indefensión aprendida es más probable que explique el fracaso diciendo algo como: "soy tonto; Nunca me desempeño bien en ningún trabajo escolar, y nunca lo hare bien." El otro estudiante, más optimista es más probable que diga algo como: "El maestro hizo la prueba demasiado dura esta vez, por lo que la prueba no demuestra nada de cómo lo haré la próxima vez o en otras materias."

Figure 12.6: Si esta niña piensa que el estudio no le ayuda en el examen, su baja auto-eficacia puede convertirse en la indefensión aprendida. (Imagen por amenclinicsphotos ac se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

Lo más notable acerca de estas diferencias de percepción de estos dos puntos de vista es como el más optimista se asemeja altamente a la auto-eficacia y lo mucho que la indefensión aprendida parece contradecir o difiere de él optimista. Como ya se ha señalado, un grado alto de auto-eficacia es la fuerte creencia en la propia capacidad para llevar a cabo una tarea con éxito. Por lo tanto, la auto-eficacia concentra su atención en actividades temporales o de corta duración (la tarea), aun cuando la causa de la finalización exitosa es (uno mismo) "interna".[16]

Contribuyentes y atribuciones

13. Child Development – Unit 5: Theories (Part II) por Lumen Learning referencias Educational Psychology por Kelvin Seifert y Rosemary Sutton, bajo licencia de CC BY 4.0

16. Child Development – Unit 5: Theories (Part II) por Lumen Learning referencias Educational Psychology por Kelvin Seifert y Rosemary Sutton, bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 12.3: Motivación como auto-eficacia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.4: Identidad de género

El desarrollo del género y la identidad de género es también una interacción entre las influencias sociales, biológicas, y representativas (Rublo, Martin, y Berenbaum, 2006). Los niños pequeños aprenden sobre el género de los padres, compañeros y otros en la sociedad, y desarrollan sus propias concepciones de los atributos asociados con masculinidad o feminidad (llamados esquemas de género). También atraviesan transiciones biológicas (como la pubertad) que provocan un sentido de sí mismos y su identidad sexual al madurar.

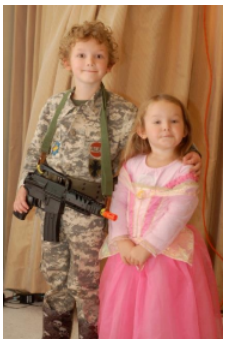


Figura 12.7: Influencias sociales tales como las normas culturales afectan los intereses de los niños, la vestimenta, el estilo de expresión e incluso las aspiraciones en la vida. (Imagen por Amanda Westmont se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 2.0)

Cada uno de estos ejemplos del crecimiento de las aptitudes social y emocional ilustra no sólo la interacción de las influencias sociales, biológicas, y de representación, sino también cómo evoluciona su desarrollo durante un período prolongado. Las primeras influencias son importantes, pero no son determinantes, ya que las capacidades requeridas para una conducta moral madura, e identidad de género, y otros atributos continúan desarrollándose durante la niñez, la adolescencia y hasta los años adultos.

Como la frase anterior sugiere, el desarrollo social y de la personalidad continúa a través de la adolescencia y la edad adulta, y están afectados por la misma constelación de influencias sociales, biológicas, y de representación discutidos durante la infancia. La evolución de las relaciones y roles sociales, la maduración biológica y (mucho más tarde) el descenso, y cómo el individuo representa tanto la experiencia y el yo, continúan formando las bases para el desarrollo a lo largo de la vida. En este sentido, cuando un adulto ve hacia adelante en lugar de retrospectivamente, para preguntarse: “¿En qué tipo de persona me estoy convirtiendo?” - Una interacción igualmente fascinante compleja, y multifacética de los procesos de desarrollo está por venir.[18]

Contribuyentes y atribuciones

18. Social and Personality Development in Childhood por NOBA se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 12.4: Identidad de género is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.5: Niño y la familia

La razón por la que nos parecemos mucho a nuestros padres, para mejor o peor, es que nuestras familias son una parte muy importante de nuestro proceso de socialización. Cuando nacemos, nuestros cuidadores principales son casi siempre uno o ambos de nuestros padres. Desde hace varios años tenemos más contacto con ellos que con cualquier otro adulto. Debido a que este contacto se produce en la mayoría de nuestros años de formación, la interacción de nuestros padres con nosotros y los mensajes que nos enseñan pueden tener un profundo impacto en nuestras vidas. Durante la niñez media, los niños pasan menos tiempo con los padres y más tiempo con sus compañeros. Los padres pueden tener que modificar su enfoque de crianza para dar cabida a la creciente independencia del niño. El uso de la razón y la participación en la toma de decisiones conjunta siempre que sea posible puede ser el enfoque más eficaz (Berk, 2007).[19]

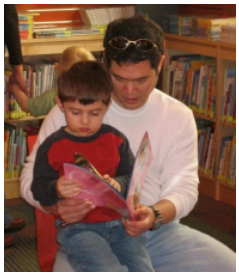


Figura 12.8: Cuando los niños crecen amando la lectura, pueden haber sido influenciados por las experiencias positivas de haber visto leer en su familia. (Imagen por San José Public Library se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

Ambiente familiar

Una de las formas de evaluar la calidad de la vida familiar es considerar las tareas de las familias. Berger (2005) enumera cinco funciones de la familia:

1. El suministro de alimentos, ropa y refugio
2. Fomentar el aprendizaje
3. El desarrollo de la autoestima
4. Nutrir amistades con sus compañeros
5. Proporcionar armonía y estabilidad

Tenga en cuenta que, además de proporcionar alimentos, refugio y ropa, las familias son responsables de ayudar al niño a aprender, a relacionarse con los demás, y a tener seguridad en sí mismo. La familia debe ofrece un ambiente armonioso y estable para la vida. Un buen ambiente en el hogar es aquel en el que se satisfacen adecuadamente las necesidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales del niño. A veces las familias hacen hincapié en las necesidades físicas, pero ignoran las necesidades cognitivas o emocionales. Otras veces, las familias prestan mucha atención a las necesidades físicas y requisitos académicos, pero pueden dejar de cultivar las amistades del niño con sus compañeros o guiar al niño hacia el desarrollo de relaciones saludables. Los padres podrían considerar cómo se siente vivir en el hogar. ¿Es estresante y lleno de conflictos? ¿Es un lugar donde los miembros de la familia disfrutan estar? [21]

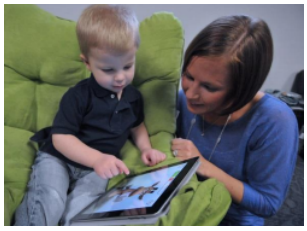


Figura 12.8: Esta madre está ayudando a su hijo a navegar usando una tableta (Imagen por Intel Free Press se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

El modelo de estrés familiar

Las relaciones familiares se ven significativamente afectados por las condiciones fuera del hogar. Por ejemplo, el modelo de estrés familiar describe las dificultades financieras asociadas con estados de ánimo depresivos de los padres, lo que a su vez conducen a problemas de pareja y la mala crianza que contribuye a un ajuste infantil más pobre (Conger, Conger, y Martin, 2010). Dentro de la

casa, las dificultades matrimoniales de los padres o el divorcio afectan a más de la mitad de los niños que crecen hoy en los Estados Unidos. El divorcio se asocia típicamente con tensiones económicas para los niños y sus padres, la renegociación de las relaciones entre padres e hijos (con uno de los padres normalmente como custodio primario y el otro suponiendo una relación de visita), y muchos otros ajustes importantes para los niños. El divorcio es a menudo considerado por los niños como un punto de inflexión triste en sus vidas, aunque para la mayoría no está asociado con problemas de ajuste a largo plazo (Emery, 1999).

Tipos de familias

Como se discutió previamente en el capítulo 9, la sociología de la familia examina la familia como institución y una unidad de socialización. Los estudios sociológicos de la familia analizan las características demográficas de los miembros de la familia: tamaño de la familia, edad, origen étnico y de género de sus miembros, clase social de la familia, el nivel económico y la movilidad de la familia, profesiones de sus miembros, y los niveles de educación de los miembros de la familia.

En la actualidad, uno de los mayores problemas que los sociólogos estudian son los papeles cambiantes de los miembros de la familia. A menudo, cada miembro está restringido por los roles de género de la familia tradicional. Estos roles, como el del padre como proveedor de la familia y de la madre como ama de casa, están disminuyendo. Ahora, la madre es a menudo el proveedor complementario al tiempo que conserva las responsabilidades de crianza de los niños. En este escenario, el rol femenino en la fuerza laboral es "compatible con las exigencias de la familia tradicional." Estudios de sociología han examinado la adaptación del rol de los hombres a cuidador, así como proveedor. Los roles de género son cada vez más entrelazados y varios tipos de familia se están volviendo más comunes.

¿Qué aspecto tienen las familias?

Figura 12.9: Una familia sin hijos (Imagen por Adam Jones se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 2.0)

Figura 12.10: Un solo progenitor (padre) de la familia (Imagen se distribuye bajo licencia de CC0)

Figura 12.11: Una familia extendida (Imagen por Joint Base Elmendorf-Richardson está en el dominio público)

Figura 12.12: Una familia del mismo sexo (Imagen por Surrogacy-UK se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

Figure 12.13: Un solo padre (madre) de familia (Imagen está en el dominio público)

Figura 12.14: Dos padres de familia (nuclear) (Imagen por Army Medicine se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

A lo largo de este libro y en las imágenes anteriores, se puede ver una gran variedad de tipos de familias. Algunos de estos tipos de familia (los que no están en negrita) se introdujeron en el capítulo 9. Aquí está una lista de algunos de los diversos tipos de familias:

Las familias sin hijos

Familia soltera contiene personas que no están casadas o en una relación de convivencia. Él o ella puede compartir una relación con una pareja, pero llevar un único estilo de vida.

Las parejas que **no tienen hijos** se pasan por alto en la discusión de las familias.

Las familias con un padre

Una familia monoparental por lo general se refiere a un padre que tiene la mayor parte de las responsabilidades del día a día en la crianza del niño / niños que no viven con un cónyuge o pareja, o que no está casados. El cuidador dominante es el padre con el que residan los hijos la mayor parte del tiempo; Si los padres están separados o divorciados, los niños viven con el padre que tenga la custodia y tienen visitas del padre sin custodia. En las sociedades occidentales en general, después de una separación un niño va a terminar con el cuidador principal, Generalmente la madre, y un cuidador secundario, generalmente el padre.

Familia monoparental por elección se refiere a una familia de una sola persona construida por elección. Estas familias pueden ser construidas con el uso de la tecnología de reproducción asistida y donantes de gametos (espermatozoides y / o huevo) o embriones, alquiler de vientres, crianza de parentesco y la adopción.

Familias con dos padres

La familia nuclear se refiere a menudo como la estructura familiar tradicional. Incluye dos padres casados y niños. Mientras son comunes en las culturas industrializadas (como los EE.UU.), en realidad no es el tipo más común de familia alrededor del mundo.

Cohabitación es un arreglo donde dos personas que no están casadas entre sí viven juntas en una relación íntima, especialmente una emocional y / o sexual, a largo plazo o de manera permanente. Hoy en día, la cohabitación es un patrón común entre las personas en el mundo occidental. Más de dos tercios de las parejas casadas en los EE.UU. dicen que vivieron juntos antes de casarse.

Las parejas gays y lesbianas con hijos tienen las familias del mismo sexo. Si bien ahora se reconoce legalmente en los Estados Unidos, la discriminación contra las familias del mismo sexo no es infrecuente. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría, hay “numerosas pruebas que demuestran que el niño criado por padres del mismo sexo fue tan bien criado como aquellos criados por padres heterosexuales. Más de 25 años de investigación han documentado que no existe una relación entre la orientación sexual de los padres y cualquier medida de ajuste emocional, psicosocial y conductual de un niño. Los adultos conscientes y cariñosos en la crianza, ya sean hombres o mujeres, heterosexuales u homosexuales, pueden ser excelentes padres. Los derechos, beneficios y protecciones del matrimonio civil pueden fortalecer aún más estas familias.”[29]

Familias mixtas describir las familias con padres mixtos: uno o ambos padres se han vuelto a casar, con lo que los niños de la antigua familia entran en la nueva familia.[30] Las familias combinadas son complejas de varias maneras que pueden plantear desafíos únicos para aquellos que buscan formar relaciones exitosas en una familia ensamblada (Visher y Visher, 1985). Estas familias también se conocen como las familias ensambladas.

Las familias con adultos adicionales

Familias extendidas incluyen tres generaciones, abuelos, padres y niños. Este es el tipo de familia más común en todo el mundo.[31]

Familias por elección son de reconocidas recientemente. Popularizado por la comunidad LGBTQ para describir una familia que no está reconocida por el sistema legal. Puede incluir niños adoptados, convivientes, familiares de cada miembro del hogar, y amigos cercanos. Cada vez más la familia por elección está siendo practicada por aquellos que ven el beneficio de incluir personas más allá de los parientes consanguíneos en sus familias.[32]

Aunque la mayoría de las familias en los EE.UU. son **monógamas**, algunas familias tienen más de dos padres casados. Estas familias son polígamas.[33] La poligamia es ilegal en todos los 50 estados, pero es legal en otras partes del mundo.[34]

Tipos adicionales de familias

Familias de parentesco son aquellos en los que el cuidado a tiempo completo, la crianza y protección de un niño es proporcionada por los familiares, los miembros de su tribu o clan, padrinos, padrastros, u otros adultos que tienen una relación familiar a un niño. Cuando los niños no pueden ser cuidados por sus padres, los estudios muestran beneficios en el cuidado familiar.[35]

Cuando una persona asume la crianza de los hijos de otro, generalmente un niño, del padre o padres biológicos o legales de esa persona esto crea **familias adoptivas**. La adopción legal transfiere permanentemente todos los derechos y responsabilidades, y tiene por objeto realizar un cambio permanente en el estatus y, como tal, requiere el reconocimiento social, ya sea a través de la

sanción legal o religiosa. Como presentamos en el capítulo 3, la adopción se puede hacer de forma privada, a través de una agencia, o por medio de familias de acogida en los EE.UU. o en el extranjero. Las adopciones pueden ser cerradas (sin contacto con el parto / familias biológicas) o abiertos, (con diferentes grados de contacto con las familias de nacimiento / biológicos). Parejas, de ambos sexos o del mismo sexo, y los padres solteros pueden adoptar (aunque no todos los organismos y países extranjeros trabajarán con solteras, solas, o padres del mismo sexo).[36]

Cuando los padres no son de la misma etnia, construyen familias interraciales. Hasta la decisión de Loving versus Virginia en 1969, esto no era legal en los EE.UU. Hay otras partes del mundo donde casarse con alguien fuera de su raza (o clase social) tiene ramificaciones legales y sociales.[37] Estas familias pueden experimentar problemas específicos a la cultura de cada familia.

Cambios en las familias - Divorcio

Las tareas de las familias mencionadas anteriormente son funciones que pueden ser cumplidas en una variedad de tipos de familia no solo los intactos, y los hogares con dos padres. La armonía y la estabilidad en la familia se puede lograr de muchas formas y cuando se interrumpe, ya sea por divorcio, o con esfuerzos por combinar familias, o cualquier otra circunstancia, los niños sufren (Hetherington y Kelly, 2002). Los cambios siguen ocurriendo, pero para los niños que son especialmente vulnerables. El divorcio y cómo este afecta a los niños depende de cómo los padres manejan el divorcio, así como la forma en que apoyan las necesidades emocionales del niño.

Figura 12.15: Cómo afecta a los niños el divorcio depende en gran medida de cómo lo manejan los padres. (Imagen por Tony Guyton se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

Divorcio

Mucha atención se ha brindado al impacto que el divorcio provoca en la vida de los niños. La suposición fue que el divorcio tiene un impacto negativo muy fuerte en el niño y que las familias monoparentales así también son deficientes de alguna manera. Sin embargo, entre el 75 y el 80 por ciento de los niños y adultos que sufren divorcio no sufren efectos a largo plazo (Hetherington y Kelly, 2002). Una visión objetiva del divorcio, re asociarse, y volverse a casar indica que el divorcio, el nuevo matrimonio y la vida en las familias ensambladas pueden tener una variedad de efectos.[39]

Factores que afectan el impacto del divorcio

A medida que nos fijamos en las consecuencias (tanto a favor y en contra) del divorcio y el nuevo matrimonio en los niños, será bueno mantener estas funciones de la familia en mente. Algunas de las consecuencias negativas, son el resultado de dificultades financieras en lugar del divorcio per se (Drexler, 2005). Algunas consecuencias positivas reflejan mejoras en el cumplimiento de estas funciones. Por ejemplo, hemos aprendido que una autoestima positiva procede en parte de la creencia en uno mismo y en nuestras habilidades en lugar de simplemente ser halagado por otros. En los hogares con un solo padre, los niños pueden tener mayor oportunidad de descubrir sus propias capacidades y ganar independencia que fomenta la autoestima. Si el divorcio lleva a la lucha entre los padres y el niño se incluye en estos argumentos, su autoestima puede sufrir.

El impacto del divorcio en los niños depende de una serie de factores. El grado de conflicto antes del divorcio juega un papel muy importante. Si el divorcio significa una reducción de las tensiones, el niño puede sentir alivio. Si los padres han mantenido sus conflictos ocultos, el anuncio de un divorcio puede ser un shock y ser recibido con un enorme resentimiento. Otro factor que tiene un gran impacto en el niño se refiere a las dificultades financieras que puedan sufrir, sobre todo si el apoyo financiero es insuficiente. Otra situación difícil para los niños del divorcio es la posición en la que se ponen en si los padres siguen discutiendo y peleando, sobre todo si se incluye a los niños en estos argumentos.

Consecuencias a corto plazo: Aproximadamente en el primer año después del divorcio, los niños pueden presentar algunos de estos efectos a corto plazo:

1. **El dolor por pérdidas sufridas**. El niño va a llorar la pérdida de los padres que ya no ven con tanta frecuencia. El niño también puede llorar sobre otros miembros de la familia que ya no estén disponibles para él. El dolor a veces se presenta en forma de tristeza, pero también puede ser experimentada como la ira o retraimiento. Los niños mayores pueden sentirse deprimidos.
2. **Nivel de vida reducido**. Muy a menudo, el divorcio significa un cambio en la cantidad de dinero que entra en el hogar. Los niños experimentan nuevas restricciones en las mesadas o de entretenimiento. Los niños en edad escolar, sobre todo, pueden notar que ya no pueden tener juguetes, ropa u otros artículos a los que se han acostumbrado. O puede significar que hay menos salidas a comer fuera o poder pagar la televisión por cable, y así sucesivamente. El padre con custodia puede experimentar estrés por no ser capaz de confiar en los pagos de manutención de los niños o que tengan el mismo nivel de ingresos que antes. Esto puede afectar a las decisiones respecto a la salud, vacaciones, alquileres, hipotecas y otros gastos. Y el estrés puede resultar en una menor felicidad y distracción en el hogar. El padre que tiene que trabajar más también puede estar menos disponible para los niños.
3. **Ajuste de Transiciones**. Los niños también pueden tener que adaptarse a otros cambios que acompañan a un divorcio. El divorcio podría significar una transición a un nuevo hogar y el cambio de escuela o amigos. Podría significar dejar el barrio que ha significado todo para ellos.

Las consecuencias a largo plazo: Aquí hay algunos efectos que van más allá del primer año después del divorcio.

1. **Situación económica / Ocupacional**. Uno de los efectos más comúnmente citadas a largo plazo es que los niños de padres divorciados pueden tener niveles más bajos de educación o estatus profesional. Esto puede ser una consecuencia de ingresos y recursos más bajos para financiar la educación en lugar de divorciarse per se. En aquellos hogares en los que no se producen dificultades económicas, puede que no haya impacto en la situación económica (Drexler, 2005).
2. **Las relaciones mejoradas con el padre con custodia** (Generalmente la madre): La mayoría de los niños del divorcio llevan una vida feliz y bien ajustadas y desarrollan relaciones más fuertes y positivas con el padre con custodia (Seccombe y Warner, 2004). Otros también han encontrado que las relaciones entre las madres y los niños se vuelven más cercanas y fuertes (Guttman, 1993) y sugieren que una mayor igualdad y la crianza menos rígida es beneficiosa después del divorcio (Steward, Copeland, Chester, Malley, y Barenbaum, 1997).
3. **Una mayor independencia emocional en los hijos**. Drexler (2005) señala que los hijos que son criados solo por las madres desarrollan una sensibilidad emocional hacia los demás que es beneficiosa en sus relaciones.
4. **Sentirse más ansiosos en sus propias relaciones de amor.** Hijos del divorcio podrían sentirse más preocupados por sus propias relaciones como adultos. Esto puede reflejar miedo al divorcio si las cosas van mal, o puede ser el resultado de establecerse expectativas más altas para sus propias relaciones.
5. **El ajuste del padre con custodia**. Furstenberg y Cherlin (1991) creen que el principal factor que influye en la forma en que los niños se adaptan al divorcio es la forma en que el padre de custodia se ajusta del divorcio. Si ese padre se está adaptando bien, los niños se beneficiarán. Esto puede explicar una buena parte de la variación que encontramos en los hijos del divorcio.[40]

Figura 12.16: Jeanette Wilinski es la madre de Elizabeth, Logan y Alexis. Como madre soltera, tiene que encontrar un equilibrio entre cuidar la misión de la Fuerza Aérea y cuidar de sus hijos. (Imagen por el Scott Air Force Base está en el dominio público)

Las familias son la parte más importante en la vida de los niños entre los 6 a 11 años. Sin embargo, los compañeros y las amistades se vuelven cada vez más importantes para el niño en la infancia media.

Contribuyentes y atribuciones

19. Sociology: Brief Edition se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

21. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

29. Same-sex marriage por Wikipedia se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.066

30. Familia por Wikipedia se distribuye bajo licencia CC BY SA 3.0

31. Types of Families por Lumen referencias Cultural Anthropology/Social Institutions/Family por WikiEducator, which se distribuye bajo licencia de CC BY-SA

32. Types of Families por Lumen referencias Cultural Anthropology/Social Institutions/Family por WikiEducator, la cual se distribuye bajo licencia de CC BY-SA

33. Familia por Wikipedia se distribuye bajo licencia CC BY SA 3.0

34. About Kinship Care por el Child Welfare Information Gateway está en el dominio público Legality of polygamy por Wikipedia se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0

35. Legality of polygamy by Wikipedia is licensed under CC BY-SA 3.0

36. Adoption por Wikipedia se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0

37. Adoption by Wikipedia is licensed under CC BY-SA 3.0

38. Interracial marriage by Wikipedia is licensed under CC BY-SA 3.0

39. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0

40. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0

This page titled 12.5: Niño y la familia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros

Las relaciones entre padres e hijos no son las únicas relaciones significativas en la vida de un niño. Las amistades adquieren nueva importancia como jueces del valor, competencia, y el atractivo de uno. Las amistades ofrecen la oportunidad de aprender habilidades sociales como la manera de comunicarse con los demás y la forma de negociar las diferencias. Los niños reciben ideas de unos a otros sobre cómo realizar ciertas tareas, la forma de ganar popularidad, que vestir, que decir, y escuchar, y cómo actuar. Esta sociedad de niños marca una transición de una vida centrada en la familia a una vida relacionada con sus compañeros. Los compañeros juegan un papel clave en la autoestima de un niño a esta edad, como lo diría cualquier padre que ha tratado de consolar a un niño rechazado. No importa cuán elogioso y alentador sea el padre, ser rechazado por amigos solo puede remediarse con una aceptación renovada.[42]

Figura 12.17: Los compañeros influyen en la autoestima de un niño. (Imagen por Robins Air Force Base está en el dominio público)

La conceptualización de los niños sobre lo que hace que alguien sea un “amigo” cambia de una comprensión más egocéntrica a una basada en la confianza y el compromiso mutuos. Tanto Bigelow (1977) y Selman (1980) creen que estos cambios están vinculados a los avances en el desarrollo cognitivo. Bigelow y La Gaipa (1975) esbozan tres etapas en la conceptualización de la amistad en los niños.[44]

Tabla 12.2 - Tres etapas en la conceptualización de la amistad en los niños (Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0)

Etapa	Descripciones
Etapa Uno	**En la primera etapa**, **Recompensa-costo**, la amistad se centra en las actividades mutuas. Los niños en la infancia temprana, media y tardía enfatizan intereses similares como las características principales de un buen amigo.
Etapa Dos	**En el escenario dos**, la **expectativa normativa**, se centra en la moral convencional; es decir, enfatizaban al amigo como alguien que es amable y comparte con él. Clark y Bittle (1992) encontraron que los estudiantes de quinto grado hicieron hincapié en esto más que los estudiantes de tercer u octavo grado.
Etapa Tres	**En el escenario tres**, la **empatía y la comprensión**, los amigos son las personas que son leales, comprometidos con la relación y que comparten información íntima. Clark y Bittle (1992) los estudiantes de octavo grado hicieron más énfasis en esto. También encontraron que ya en quinto grado, las niñas estaban empezando a incluir el intercambio de secretos y no traicionando las confidencias como cruciales para alguien que es un amigo.

Las amistades son muy importantes para los niños. La interacción social con otros niños que son de la misma edad, las habilidades y el conocimiento provocan el desarrollo de muchas habilidades sociales que son valiosas para el resto de la vida (Bukowski, Buhrmester, y Underwood, 2011). En estas relaciones, los niños aprenden cómo iniciar y mantener interacciones sociales con otros niños. Ellos aprenden habilidades para la gestión de conflictos, tales como la toma de turnos, el compromiso y la negociación. El juego también implica la coordinación mutua, a veces compleja, de los objetivos, las acciones y la comprensión. A través de estas experiencias, los niños desarrollan amistades que proporcionan fuentes adicionales de seguridad y apoyo a las que les proporcionan sus padres.[46]

Cinco etapas de la amistad desde la infancia hasta la edad adulta[47]

Selman (1980) describe cinco etapas de la amistad desde la primera infancia hasta la edad adulta.

- En la etapa 0, **interacción física momentánea**, un amigo es alguien con quien estás jugando en ese momento. Selman señala que esto es típico de los niños entre las edades de tres y seis años. Estas primeras amistades se basan más en las circunstancias (por ejemplo, un vecino) tiene semejanzas con él.
- En la etapa 1, la **asistencia de un solo sentido**, un amigo es alguien que hace cosas buenas por ti, como guardarte el asiento en el autobús escolar o compartir un juguete. Sin embargo, los niños en esta etapa, no siempre piensan en lo que están contribuyendo a las relaciones. No obstante, tener un amigo es importante y los niños a veces aguantan a un amigo no tan agradable, solo para tener un amigo. Niños de tan solo cinco años y mayores como los de nueve pueden estar en esta etapa.
- En la etapa 2, la **cooperación en buenos tiempos**, los niños se preocupan por la equidad y la reciprocidad, y, por lo tanto, un amigo es alguien que devuelve un favor. En esta etapa, si un niño hace algo bueno por un amigo hay una expectativa de que el amigo hará algo bueno por ellos en la primera oportunidad disponible. Cuando esto no sucede, el niño puede romper la amistad. Selman encontró que algunos niños tan jóvenes como de siete y viejos como de doce están en esta etapa.
- En la etapa 3, el **intercambio íntimo y mutuo**, normalmente entre las edades de ocho y quince años, un amigo es alguien a quien le puedes decir cosas que no le dirías a nadie más. Los niños y adolescentes en esta etapa ya no “llevan la cuenta,” y hacen cosas por un amigo, porque realmente se preocupan por la persona. Si una amistad se disuelve en esta etapa por lo general es debido a una violación de la confianza. Sin embargo, los niños en esta etapa esperan que su amigo comparta intereses y puntos de vista similares y pueden tomar como una traición si a un a migo le gusta alguien que a él no.
- En la etapa 4, la **interdependencia autónoma**, un amigo es alguien que te acepta y que tú aceptas como es. En esta etapa los niños, adolescentes y adultos aceptan e incluso aprecian diferencias entre ellos y sus amigos. Tampoco son tan posesivos, por lo que son menos propensos a sentirse amenazados si sus amigos tienen otras relaciones o intereses. Los niños son normalmente de doce años o más en esta etapa.

Grupos de compañeros

Por más que, las relaciones entre compañeros puedan ser un reto, pueden ser también de apoyo (Rubin, Coplan, Chen, Bowker, y McDonald, 2011). Ser aceptado por otros niños es una importante fuente de afirmación y autoestima, pero el rechazo de los compañeros puede presagiar problemas de conducta posteriores (especialmente cuando los niños son rechazados debido a un comportamiento agresivo). Con la edad, los niños se enfrentan a los desafíos del acoso escolar, maltrato entre iguales, y la gestión de las presiones de conformidad. La comparación social con sus compañeros es un medio importante por el cual los niños evalúan sus habilidades, conocimientos y cualidades personales, pero puede hacer que se sientan que no están a la altura de los demás. Por ejemplo, un niño que no es atlético puede sentirse indigno de sus compañeros de fútbol y tener un comportamiento tímido, aislándose y evitando las conversaciones. Por el contrario, un atleta que no “entiende” a Shakespeare puede sentirse avergonzado y evitar leer por completo.

Figura 12.18: La comparación social con sus compañeros es un medio importante por el cual los niños evalúan su valor. (Imagen por el U.S Army está en el dominio público)

Además, con el enfoque de la adolescencia, las relaciones con los compañeros se enfocan en la intimidad psicológica, que implica la divulgación personal, la vulnerabilidad y la lealtad (o su traición) lo que afecta significativamente la perspectiva de un niño en el mundo. Cada uno de estos aspectos de las relaciones entre compañeros requiere desarrollar diferentes habilidades sociales y emocionales muy diferentes a las relaciones entre padres e hijos. También ilustran las muchas formas en que las relaciones entre compañeros influyen en el crecimiento de la personalidad y el autoconcepto.[49]

Contribuyentes y atribuciones

42. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0

44. Lifespan Development - Module 6: Middle Childhood por Lumen Learning referencias Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia de CC BY 4.0

46. Content por Dawn Rymond se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0 Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

47. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

49. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.7: Relaciones de compañeros

La mayoría de los niños quieren ser queridos y aceptados por sus amigos. Algunos niños populares son agradables y tienen buenas habilidades sociales. A estos niños populares pro-sociales les va bien en la escuela y son cooperativos y amigables. Los niños antisociales pueden ganar popularidad actuando rudos o difundir rumores sobre otros (Cillessen y Mayeux, 2004). Los niños rechazados a veces se excluyen porque son tímidos y retraídos. Los niños rechazados, retraídos son un blanco fácil para los agresores, ya que es poco probable que tomen represalias cuando se los menosprecien (Boulton, 1999). Otros niños rechazados son condenados al ostracismo porque son agresivos, ruidosos, y confrontativos. Los niños agresivos rechazados pueden estar actuando por un sentimiento de inseguridad. Desafortunadamente, su miedo al rechazo sólo conduce a un comportamiento que genera aún más rechazo por parte de otros niños. Los niños que no son aceptados tienen más probabilidades de experimentar conflictos, falta de confianza y problemas para adaptarse.

Figura 12.19: Las relaciones entre iguales son particularmente importantes para los niños. Pueden ser de apoyo, pero también un reto. El rechazo de los compañeros puede conducir a problemas de comportamiento más adelante en la vida. (Imagen por tup wanders se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

Las relaciones entre compañeros se estudian mediante la evaluación sociométrica (que mide la atracción entre los miembros de un grupo). Se les pide a los niños que menciones a los tres niños con los que más les gusta jugar, y aquellos con los que no les gusta jugar. El contabiliza el número de veces que un niño está nominado en cada una de las dos categorías (les gusta y no les gusta). Sobre la base de esas contabilizaciones, los niños se clasifican en las siguientes situaciones:

Tabla 12.3 - Categorías en las relaciones entre compañeros (Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0)

Categoría	Descripción
niños populares	Reciben muchos votos en la categoría de “me gusta”, y muy pocos en la categoría de “no me gusta”.
niños rechazados	Reciben votos más desfavorables y poco favorables.
niños polémicos	Mencionados con frecuencia en cada categoría, con varios niños que les gustan y varios niños colocándolos en la categoría de no les gusta.
niños abandonados	Rara vez se menciona en ninguna de estas categorías.
niños promedio	Tienen unos cuantos votos positivos con muy pocos negativos.
niños populares pro-sociales	Son agradables y tienen buenas habilidades sociales; tienden a hacer buenos en la escuela y son cooperativos y amistosos.
niños Populares-antisociales	Puede ganar popularidad siendo rudos o difundiendo rumores sobre otros.

niños retraídos rechazados	Son tímidos y retraídos y son un blanco fácil para los agresores, ya que es poco probable que tomen represalias cuando los menosprecian.
niños rechazados agresivos	Están condenados al ostracismo porque son agresivos, ruidosos, y confrontativos. Ellos pueden estar actuando por un sentimiento de inseguridad.

Por desgracia para los niños rechazados, su miedo al rechazo sólo conduce a un comportamiento que trae aún más rechazo de los otros niños. Los niños que no son aceptados son más propensos a sufrir situaciones de conflicto, y falta de confianza, y tienen problemas de ajuste. (Klima y Repetti, 2008; Schwartz, Lansford, Dodge, Pettit, y Bates, 2014).[52]

Contribuyentes y atribuciones

52. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 12.7: Relaciones de compañeros is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas

La agresión y el comportamiento antisocial

La agresión puede ser física verbal o emocional. La agresión es activada en gran parte por la amígdala y regulada por la corteza prefrontal.

Figura 12.20: Este niño amenaza con agresión física. (Imagen por Philippe Put se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

La testosterona se asocia con un aumento de la agresividad, tanto en hombres como en mujeres. La agresión también es causada por experiencias y emociones negativas, incluyendo la frustración, dolor y exaltación. Como se predijo por los principios de aprendizaje por observación, las pruebas de investigación dejan muy en claro que, en promedio, las personas que ven comportamientos violentos se vuelven más agresivos. El comportamiento precoz y antisocial lleva a hacerse amigo de otros que también se involucran en comportamientos antisociales, lo que sólo perpetúa el ciclo descendente de agresión y actos ilícitos.[54]

Intimidación y las víctimas

De acuerdo con Stopbullying.gov (2016), un sitio web del gobierno federal administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la **intimidación** se define como un comportamiento agresivo, no deseado entre los niños en edad escolar que implica un desequilibrio real o percibido de poder. Además, el comportamiento agresivo ocurre más de una vez o tiene el potencial de ser repetido. Hay diferentes tipos de acoso, incluyendo el acoso verbal, ya sea decir o escribir cosas malas, burlas, insultos, amenazas, o hacer comentarios sexuales inapropiados. Intimidación social, también conocida como la intimidación relacional, implica el difundir de rumores, excluyendo deliberadamente o avergonzando a alguien a propósito. La intimidación física implica dañar el cuerpo o las posesiones de otra persona.

Una forma más reciente de intimidación es el acoso cibernético, que implica tecnología electrónica. Ejemplos de acoso cibernético incluyen el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, la creación de perfiles falsos, y la publicación de imágenes embarazosas, videos o rumores en las redes sociales. Los niños que sufren acoso cibernético tienen más dificultades para alejarse del comportamiento, ya que puede ocurrir en cualquier momento del día y sin la presencia de otros (Stopbullying.gov, 2016).[55]

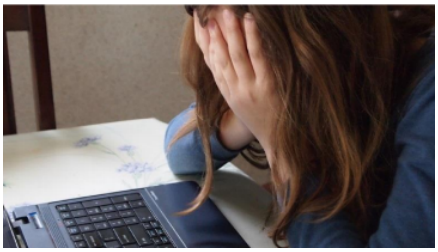


Figura 12.21: El ciberacoso puede ser devastador para los niños. (Imagen en Pixabay)

Los que corren riesgo de intimidación

La intimidación puede sucederle a cualquiera, pero algunos estudiantes tienen un mayor riesgo de ser intimidados, incluyendo lesbianas, homosexuales, transexuales bisexuales, (LGBT), las personas con discapacidad, y los que están socialmente aislados. Además, aquellos que son percibidos como diferentes, débiles, menos populares, con sobrepeso, o que tengan una baja autoestima, tienen una mayor probabilidad de ser acosados.

Aquellos que son más propensos a intimidar

Los acosadores a menudo tienen baja autoestima, estos intimidan a otros para sentirse mejores consigo mismo. Aunque puede ocurrir que, muchos bravucones, de hecho, tengan altos niveles de autoestima. Poseen una considerable popularidad y el poder social y tienen relaciones bien establecidas con sus compañeros. No les falta autoestima, y en cambio carecen de empatía por los demás. A ellos les gusta dominar o estar a cargo de los demás.

Niños intimidados

Por desgracia, la mayoría de los niños no dejan que los adultos sepan que están siendo intimidados. Algunos temen represalias por parte del acosador, mientras que otros se sienten demasiado avergonzados para pedir ayuda. Los que están aislados socialmente no saben a quién pedir ayuda o creen que a nadie le importaría o les ayudaría si pidieran ayuda. En consecuencia, es importante que los padres y maestros conozcan las señales de alerta que pueden indicar que un niño está siendo intimidado. Estos usualmente muestran: lesiones inexplicables, posesiones perdidas o destruidas, cambios en los patrones de alimentación o sueño, disminución de las calificaciones escolares, no querer ir a la escuela, pérdida de amigos, disminución de la autoestima y o comportamientos autodestructivos.

Contribuyentes y atribuciones

54. Sociology: Brief Edition se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

55. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

12.S: Conclusión

En este capítulo nos fijamos en:

- La cuarta etapa de la laboriosidad frente a la inferioridad de Erikson
- En las etapas del desarrollo moral de Kohlberg
- Cómo los niños en edad escolar continúan desarrollando su autocomprensión
- El papel de la familia y los diferentes tipos de familia
- El divorcio y cómo cambia la familia
- La importancia de los compañeros y amistades
- Los niños en los grupos de compañeros y los tipos de amistades
- Consecuencias de la aceptación o rechazo de los compañeros

En el siguiente capítulo avanzaremos a nuestro último período de desarrollo y examinaremos el desarrollo físico en la adolescencia.

This page titled 12.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

13: Adolescencia - Desarrollo físico

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo podrás:

1. Explicar los cambios en el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro
2. Comparar y contrastar los diferentes cambios tanto masculinos y femeninos que se producen durante la pubertad
3. Analizar el embarazo durante la adolescencia, el control de la natalidad, y la salud sexual
4. Resumir la salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
5. Debatir sobre el abuso de drogas y estupefacientes
6. Explicar el predominio, de factores de riesgo, y las consecuencias del embarazo durante la adolescencia y la salud sexual
7. Describir diversos problemas de salud mental para adolescentes

La adolescencia se define a menudo como el período en el que comienza la pubertad y termina con la transición a la edad adulta. La edad de inicio comúnmente aceptada para este período del desarrollo es a partir de los 12 años. Y cuando termina la adolescencia es más difícil de precisar. ¿Cuándo comienza realmente la vida adulta? ¿Somos adultos a los 18 años de edad? O ¿a los 20? O ¿incluso a más edad?

El desarrollo físico de la adolescencia ha evolucionado históricamente, con la evidencia que indica que esta etapa se está alargando a medida que los individuos comienzan la pubertad más temprano y la terminan la edad adulta más tarde que en el pasado. La pubertad comienza hoy en día, en promedio, entre los 10 a 11 años para las mujeres y los 11 a 12 años para los varones. Esta edad promedio de inicio se ha reducido gradualmente con el tiempo desde el siglo XIX entre 3 y 4 meses por década, que se han atribuido a una serie de factores que incluyen una mejor nutrición, la obesidad, el aumento de la ausencia del padre, y otros factores ambientales (Steinberg, 2013). La finalización de la educación formal, la independencia financiera de los padres, el matrimonio y la paternidad marcar el fin de la de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta, y todas estas transiciones ocurren, en promedio, más tarde que en el pasado.

13.1: El crecimiento físico
13.2: El crecimiento del cerebro
13.3: Los cambios físicos en la adolescencia
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
13.5: Mantener la salud emocional
13.6: Trastornos y síndromes
13.S: Conclusión

Thumbnail: www.pexels.com/photo/woman-putting-on-makeup-3059392/

This page titled 13: Adolescencia - Desarrollo físico is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.1: El crecimiento físico

El crecimiento en la adolescencia se marca por un aumento rápido en la altura y el peso durante la pubertad, este es el resultado de la liberación simultánea de hormonas de crecimiento, hormonas tiroideas y andrógenos. Los hombres experimentan un crecimiento acelerado aproximadamente dos años después que las mujeres. El crecimiento acelerado en varias partes del cuerpo ocurre en diferentes momentos, pero para todos los adolescentes tiene una secuencia bastante regular. Las extremidades son las primeras en crecer (cabeza, manos y pies), seguido de los brazos y las piernas, y después, el torso y los hombros. Este crecimiento no uniforme es una de las razones por las que el cuerpo durante la adolescencia puede parecer fuera de proporción. Durante la pubertad, los huesos se vuelven más duros y más quebradizos.

Antes de la pubertad, apenas hay diferencias entre hombres y mujeres en la distribución de la grasa y el músculo. Durante la pubertad, el musculo de los varones crece mucho más rápido que el de las mujeres, y las mujeres experimentan un mayor aumento de grasa corporal. El corazón y los pulmones del adolescente aumentan en tamaño y capacidad durante la pubertad; estos cambios contribuyen a una mayor resistencia y tolerancia al ejercicio.

Figura 13.1: Un adolescente (Imagen en Pixabay)

Figura 13.2 : Una adolescente (Imagen en Pixabay)

This page titled 13.1: El crecimiento físico is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.2: El crecimiento del cerebro

El crecimiento cerebral continúa hasta principios de los 20 años de edad. El desarrollo del lóbulo frontal, en particular, es importante durante esta etapa. Los adolescentes a menudo se involucran en conductas de riesgo y experimentan mayores emociones durante la pubertad; esto se debe al hecho de que los lóbulos frontales del cerebro que son responsables de juicio, y el control de impulsos, siguen madurando hasta principios de la edad adulta temprana (Casey, Tottenham, Liston, y Durston, 2005)

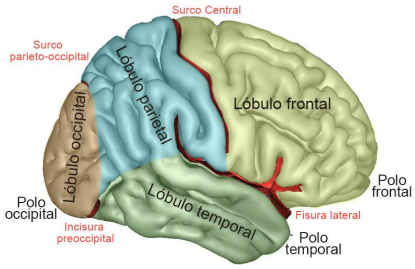


Figura 13.3: El cerebro se continúa desarrollando en la edad adulta temprana. (Imagen por Sebastian023 se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

El cerebro sufre cambios dramáticos durante la adolescencia. Aunque no se hace más grande, madura al estar más interconectado y especializado (Giedd, 2015). La mielinización y el desarrollo de las conexiones entre las neuronas continúa. Esto resulta en un aumento de la materia blanca del cerebro, y permite al adolescente hacer mejoras significativas en su capacidad de pensamiento y de procesamiento. Diferentes áreas del cerebro se mielinizan en diferentes momentos. Por ejemplo, las áreas cerebrales del lenguaje sufren la mielinización durante los primeros 13 años. El aislamiento completo de los axones consolida estas habilidades lingüísticas, pero hace que sea más difícil aprender un segundo idioma. Con una mayor mielinización, la plasticidad disminuye, ya que el revestimiento de mielina inhibe el crecimiento de nuevas conexiones (Dobbs, 2012).

Aunque se fortalecen las conexiones entre las neuronas, la poda sináptica se produce más que durante la infancia mientras el cerebro se adapta a los cambios en el medio ambiente. Esta **poda sináptica** provoca que la materia gris del cerebro, o la corteza, se vuelva más fina pero más eficiente (Dobbs, 2012). El cuerpo calloso, que conecta los dos hemisferios, y sigue engrosándose, permitiendo conexiones más fuertes entre las áreas cerebrales. Además, el hipocampo se conecta más fuertemente con los lóbulos frontales, lo que permite una mayor integración de la memoria y las experiencias en nuestra toma de decisiones.[4]

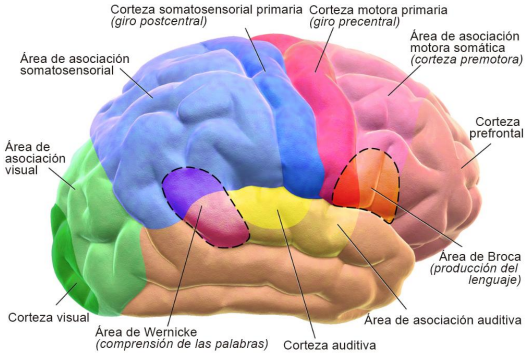


Figura 13.4: Durante la adolescencia el cerebro se vuelve más interconectado y especializado. (Imagen por BruceBlaus se distribuye bajo licencia de CC BY 3.0)

El **sistema límbico**, que regula la emoción y la recompensa, es vinculado a los cambios hormonales que se producen en la pubertad. El sistema límbico también está relacionado con la búsqueda de novedad e interacción con sus compañeros. En contraste, la **corteza prefrontal**, la cual está involucrada en el control de los impulsos, la organización, la planificación y la toma de buenas decisiones, No se desarrolla completamente hasta entrados los 20 años. Según Giedd (2015) el aspecto significativo de la corteza prefrontal en el desarrollo posterior y el desarrollo temprano del sistema límbico es la “falta de coincidencia” en la sincronización entre los dos. Los aproximadamente diez años que separa el desarrollo de estas dos áreas del cerebro pueden dar lugar a conductas de riesgo, mala toma de decisiones y bajo control emocional para el adolescente. Cuando la pubertad comienza antes, este desajuste se extiende más aún.

Los adolescentes a menudo toman más riesgos que los adultos y, según las investigaciones, es porque sopesan los riesgos y recompensas de manera diferente que los adultos (Dobbs, 2012). Para los adolescentes, la sensibilidad del cerebro al

neurotransmisor alcanza picos de dopamina, y la **dopamina** está involucrada en los circuitos de recompensa por lo que posibles beneficios superan a los riesgos. Los adolescentes responden especialmente a las recompensas sociales durante estas actividades, y prefieren la compañía de personas de su misma edad. Además de la dopamina, el cerebro del adolescente se ve afectado por la oxitocina, que facilita el vínculo y hace que las conexiones sociales sean más gratificantes. Con la dopamina y la oxitocina comprometidas, no es de extrañar que los adolescentes busquen compañeros y emociones en sus vidas que podrían terminar lastimándolos.

Debido a todos los cambios que se producen en el cerebro de los adolescentes, pueden ocurrir posibilidades de un desarrollo anormal, incluyendo enfermedades mentales. De hecho, el 50% de las enfermedades mentales se producen alrededor de los 14 años y el 75% se produce alrededor de los 24 años (Giedd, 2015). Además, durante este período de desarrollo, el cerebro de los adolescentes es especialmente vulnerable a los daños causados por la exposición a las drogas. Por ejemplo, la exposición repetida a la marihuana puede afectar a la actividad celular en el sistema endocannabinoide. En consecuencia, los adolescentes son más sensibles a los efectos de la exposición repetida a la marihuana (Weir, 2015).

Sin embargo, los investigadores también se han centrado en las cualidades altamente adaptativas del cerebro adolescente, que permiten al adolescente alejarse de la familia hacia el mundo exterior (Dobbs, 2012; Giedd, 2015). La búsqueda de novedades y la toma de riesgos pueden generar resultados positivos, incluyendo conocer gente nueva y la búsqueda de nuevas emociones. La separación de la familia y pasar a nuevas relaciones y diferentes experiencias son en realidad de adaptación en la sociedad.[6]

Figura 13.5: Los adolescentes prefieren la compañía de personas de su misma edad. (Imagen por Bailey Torres en Unsplash)

El crecimiento físico y los cambios de la pubertad marcan el inicio de la adolescencia (Lerner y Steinberg, 2009). Tanto para jóvenes y señoritas, estos cambios son crecimiento acelerado en altura, crecimiento de vello púbico y axilar, y cambios en la piel (por ejemplo, granos). Las hormonas impulsan estos cambios pubescentes, en particular el aumento de testosterona en los jóvenes y estrógeno en las señoritas.[8]

Contribuyentes y atribuciones

4. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

6. An Introduction to Nutrition- Nutrition through the Life Cycle: From Pregnancy to the Toddler Years por Maureen Zimmerman and Beth Snow se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

8. Adolescent Development por Jennifer Lansford se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

This page titled 13.2: El crecimiento del cerebro is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.3: Los cambios físicos en la adolescencia

La adolescencia comienza con la aparición de la **pubertad**, Un período de desarrollo en el que los cambios hormonales provocan alteraciones físicas rápidas en el cuerpo, que culminan en la madurez sexual. Aunque el tiempo varía de cierta manera en las culturas, el rango promedio de edad para llegar a la pubertad es de entre 9 y 14 años para las mujeres y de entre 10 a 17 años para los varones (Marshall y Tanner, 1986). Este período del desarrollo físico en los adolescentes de entre 9 a 13 años está dividido en dos fases.[9]

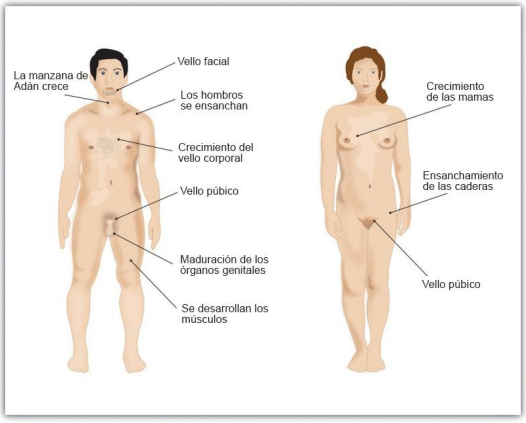


Figura 13.6: La pubertad trae cambios dramáticos en el cuerpo, incluyendo el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias.(Image by the Open University of Hong Kong is licensed under CC BY-SA 4.0)

La primera fase de la pubertad comienza cuando la glándula pituitaria comienza a estimular la producción de la hormona sexual masculina **testosterona** en los varones y las hormonas sexuales femeninas **estrógeno** y **progesterona** en las mujeres. La liberación de estas hormonas sexuales desencadena el desarrollo de **las características sexuales primarias**, los órganos sexuales relacionados con la reproducción. También implican aumentos de estatura del 20 al 25 por ciento. La pubertad es la segunda etapa del periodo prenatal en términos de crecimiento rápido a medida que los huesos se alargan a su, tamaño final de adulto. Las mujeres crecen de 2 a 8 pulgadas (5 a 20 centímetros) de alto, mientras que los varones crecen de 4 a 12 pulgadas (10 a 30 centímetros) de altura.

Las **Características sexuales secundarias** traen cambios físicos visibles que no están directamente vinculados a la reproducción, sino que señalan la madurez sexual. El crecimiento acelerado de las mujeres generalmente se produce antes que el de los varones, y algunos niños siguen creciendo hasta los 20 años. Para los hombres esto incluye hombros más anchos, una manzana de adán agrandada, y una voz más baja a medida que crece la laringe. Típicamente, al adolescente le comienza a crecer el vello facial entre los 14 y 16 años, y este vello se vuelve más grueso y más oscuro, el crecimiento del vello en el área púbica, en las axilas y en la cara.

Para las mujeres el agrandamiento de los senos suele ser el primer signo de pubertad y, en promedio, se produce entre los 10 y 12 años (Marshall y Tanner, 1986). Las caderas de las adolescentes se ensanchan y el vello púbico y axilar se desarrolla y se vuelve más grueso y oscuro. Los y las adolescentes experimentan una etapa de crecimiento rápido durante esta etapa. Los varones y las mujeres pueden comenzar a afeitarse durante este período de tiempo, así como a mostrar signos de acné en sus rostros y cuerpos.

Figura 13.7: Los varones a menudo comienzan a afeitarse durante la pubertad. (Imagen por Antiporda Productions se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

El **Acné** es una consecuencia desagradable de los cambios hormonales en la pubertad. El acné es definido como granos en la piel debido glándulas sebáceas hiperactivas (productoras de aceite) (Dolgin, 2011). Estas glándulas se desarrollan a mayor velocidad que los conductos cutáneos que descargan el aceite. En consecuencia, los conductos pueden bloquearse con la piel muerta y el acné se va a desarrollar. De acuerdo con la Universidad de California en Los Ángeles Medical Center (2000), aproximadamente el 85% de los adolescentes desarrollan acné, y los varones desarrollan acné más que las mujeres, debido a mayores niveles de testosterona en sus sistemas (Dolgin, 2011). Las hormonas que son responsables del desarrollo sexual también pueden causar estragos en la piel adolescente.[12]

Un hito importante en la pubertad para las mujeres es la **menarquia**, El primer período menstrual, típicamente experimenta alrededor de los 12 o 13 años de edad (Anderson, Dannal, y Must, 2003). La edad de la menarquia varía sustancialmente y se determina por la genética, así como por la dieta y estilo de vida, ya que se necesita una cierta cantidad de grasa corporal para alcanzar la menarquia. Las mujeres que son muy delgadas, o que participan en actividades deportivas extenuantes, o están desnutridas pueden comenzar a menstruar más tarde. E incluso después de que comience la menstruación las niñas cuyo nivel de grasa corporal cae por debajo del nivel crítico pueden dejar de tener la menstruación. La secuencia de eventos para la pubertad es más predecible que la edad a la que ocurren. Algunas mujeres pueden comenzar a tener el vello púbico a los 10 años, pero no alcanzan la menarquia hasta los 15 años.[13]

Anatomía masculina

Los varones tienen ambos órganos genitales internos y externos que son responsables de la procreación y la relación sexual. Los varones producen esperma en un ciclo, y a diferencia de ciclo de ovulación de las mujeres, el ciclo de producción de esperma masculino constantemente produce millones de espermatozoides diariamente. Los órganos sexuales masculinos son el pene y los testículos, y son estos últimos los que producen semen y esperma. El semen y el esperma, como resultado de relaciones sexuales, puede fertilizar un óvulo en el cuerpo de la mujer; el óvulo fecundado (cigoto) se desarrolla en un feto, que más tarde nace como un niño.

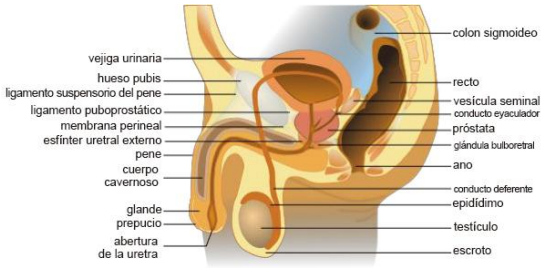


Figura 13.9:(Imagen está en el dominio publico)

Anatomía femenina

Los genitales externos femeninos se conocen colectivamente como la vulva, que incluye el monte de venus, labios mayores, los labios menores, el clítoris, la abertura vaginal, y la abertura uretral. Los órganos reproductores femeninos internos consisten en la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. El útero es el que aloja al feto en desarrollo. El útero produce las secreciones vaginales y uterinas, y el esperma del hombre pasa a través de las trompas de Falopio, mientras los ovarios liberan los huevos. Una mujer nace con todos los huevos ya producidos. La vagina está unida al útero a través del cuello del útero, mientras que el útero se une a los ovarios a través de las trompas de Falopio. Las mujeres tienen un ciclo reproductivo mensual; a ciertos intervalos los ovarios liberan un huevo, que pasa a través de la trompa de Falopio hacia el útero. Si, en este tránsito, se encuentra con los espermatozoides, el esperma puede penetrar y fusionarse con el óvulo, fertilizándolo. Si no es fertilizado, el óvulo y el tejido que recubre el útero se expulsan del sistema a través de la menstruación (aproximadamente cada 28 días).

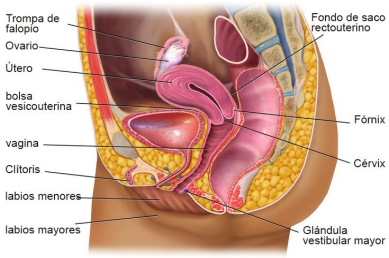


Figura 13.10:(Imagen por BruceBlaus se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

Efectos de la pubertad sobre el Desarrollo

La edad de la pubertad es cada vez más temprana para los adolescentes en todo el mundo. Hace un siglo, la edad promedio del primer período en la mujer en los Estados Unidos y Europa era de 16 años, mientras que hoy es alrededor de los 13 años. Debido a que no hay un marcador claro de la pubertad para los varones, es más difícil determinar si los varones están madurando antes, también. Además de una mejor nutrición, las razones menos positivas asociados con la pubertad precoz de las niñas son el estrés, la obesidad y trastornos endocrinos.

Dado que las tasas de desarrollo físico varían tanto entre los adolescentes, la pubertad puede ser una fuente de orgullo o vergüenza. Los y las adolescentes que desarrollan más lentamente que sus compañeros pueden sentirse acomplejados por su falta de desarrollo físico; Algunas investigaciones han encontrado que los sentimientos negativos son particularmente un problema para los muchachos de maduración tardía, ya que están en un mayor riesgo de depresión y conflicto con los padres (Graber et al., 1997) y tienen más probabilidades de ser intimidados (Pollack y Shuster, 2000). Además, es más probable que ocurran problemas cuando el varon se encuentra entre los primeros en desarrollarse de su grupo de compañeros. Debido a que el tiempo de pre-adolescentes es el de no querer parecer diferente, los varones en desarrollo temprano se destacan entre su grupo de compañeros y gravitan hacia aquellos que son mayores (Weir, 2016).

Los muchachos de maduración temprana tienden a ser físicamente más fuertes, más altos, y más atléticos que sus compañeros de maduración más tardía; esto puede contribuir a las diferencias en popularidad entre los compañeros, lo cual a su vez puede influir en la confianza del adolescente. Algunos estudios muestran que los varones que maduran más temprano tienden a ser más populares e independientes, pero también están en un mayor riesgo para el abuso de sustancias y la actividad sexual temprana (Flannery, Rowe, y Gulley, 1993; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rissanen, y Rantanen, 2001).

La maduración temprana en las mujeres puede enfrentarles al aumento de las burlas y el acoso sexual en relación con sus cuerpos en desarrollo, lo que puede contribuir a la auto-conciencia y colocarlas en un mayor riesgo de ansiedad, depresión, y el abuso de sustancias y trastornos alimenticios (Ge, Conger, y Elder, 2001; Graber, Lewinsohn, Seeley, y Brooks-Gunn, 1997; Striegel-Moore & Cachelin, 1999).[16]

El cerebro y el sexo

El cerebro es la estructura que traduce los impulsos nerviosos de la piel en sensaciones placenteras. Este controla los nervios y los músculos utilizados durante la conducta sexual. El cerebro regula la liberación de hormonas, que se cree que son el origen fisiológico del deseo sexual. La corteza cerebral, que es la capa externa del cerebro que permite el pensamiento y el razonamiento, se piensa que es el origen de los pensamientos y fantasías sexuales. Debajo de la corteza se encuentra el sistema límbico, que consiste en la amígdala, el hipocampo, el giro cingulado, y el área septal. Estas estructuras son donde se cree que las emociones y sensaciones se originan, y son importantes para el comportamiento sexual.

El **hipotálamo** es la parte más importante del cerebro para el funcionamiento sexual. Esta es el área pequeña en la base del cerebro que consta de varios grupos de cuerpos de células nerviosas que recibe la entrada del sistema límbico. Los estudios con animales de laboratorio han demostrado que la destrucción de ciertas áreas del hipotálamo provoca la eliminación completa de la conducta sexual. Una de las razones de la importancia del hipotálamo es que controla la glándula pituitaria, que segrega hormonas que controlan las otras glándulas del cuerpo.

Figura 13.11: El hipotálamo controla la glándula pituitaria. (Imagen está en el dominio publico)

Hormonas

Varias hormonas sexuales importantes son secretadas por la glándula pituitaria. La oxitocina, también conocida como la hormona del amor, se libera durante las relaciones sexuales cuando se alcanza un orgasmo. La oxitocina también se libera en las mujeres cuando dan a luz o en periodo de lactancia; se cree que la oxitocina está implicada con el mantenimiento de las relaciones cercanas. Tanto la prolactina y la oxitocina estimulan la producción de leche en las mujeres. La hormona folículo-estimulante (FSH) es responsable de la ovulación en las mujeres desencadenado la madurez del huevo; y también estimula la producción de esperma en los hombres. La hormona luteinizante (LH) desencadena la liberación de un óvulo maduro en las mujeres durante el proceso de la ovulación.

En los hombres, la testosterona parece ser un factor importante que contribuye a la motivación sexual. La vasopresina está involucrada en la fase de excitación masculina, y el aumento de la vasopresina durante la respuesta eréctil puede estar asociado directamente con el aumento de la motivación para participar en el comportamiento sexual.

La relación entre las hormonas y la motivación sexual femenina no está tan bien entendida, en gran parte debido al excesivo énfasis en la sexualidad masculina en la investigación occidental. Los estrógenos y la progesterona normalmente regulan la motivación para participar en el comportamiento sexual de las mujeres, el estrógeno aumenta la motivación y la progesterona la disminuye. Los niveles de estas hormonas aumentan y disminuyen a lo largo del ciclo menstrual de la mujer. Las investigaciones sugieren que la testosterona, la oxitocina y vasopresina también están implicados en la motivación sexual femenina de manera similar como sucede en los hombres, pero se necesita más investigaciones para entender estas relaciones.

Figure 13.12: Al final de la escuela secundaria, más de la mitad de los adolescentes informaron el haberse involucrado en conductas sexuales. (Imagen por Pedro Ribeiro Simoes se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

La sexualidad se analizará en el capítulo 15, el desarrollo social y emocional durante la adolescencia. En la siguiente sección analizaremos las consecuencias del embarazo durante la adolescencia, las formas de control de la natalidad y las enfermedades de transmisión sexual.

El embarazo durante la adolescencia, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual

Al final de la escuela secundaria, más de la mitad de los adolescentes informan haber tenido relaciones sexuales al menos una vez, aunque es difícil estar seguro de la proporción debido a la sensibilidad y la privacidad de la información. (Centro para el Control de Enfermedades, 2004; Rosenbaum, 2006).

El embarazo durante la adolescencia

Aunque las tasas de embarazos durante la adolescencia han disminuido desde 1991, las tasas de natalidad en los adolescentes en los Estados Unidos son las más altos entre la mayoría de los países industrializados. En 2014, las mujeres de 15 a 19 años

experimentaron una tasa de natalidad de 24,2 por cada 1.000 mujeres. Se trata de una caída del 9% a partir de 2013. Las tasas de natalidad se redujeron un 11% en las mujeres de 15 a 17 años y el 7% en las de 18 a 19 años de edad. Parece que los adolescentes son menos activos sexualmente que en años anteriores, y aquellos que son sexualmente activos parecen estar usando métodos anticonceptivos (CDC, 2016).

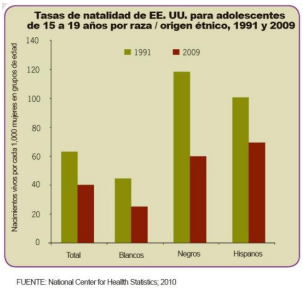


Figura 13.13: Las tasas de natalidad para adolescentes estadounidenses. (Imagen está en el dominio publico)

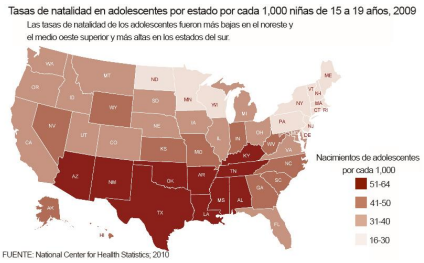


Figura 13.14: Las tasas de natalidad por estado. (Imagen está en el dominio publico)

Factores de riesgo para el embarazo durante la adolescencia

Miller, Benson, y Galbraith (2001) encontraron que la cercanía de padres e hijos, la supervisión de los padres, y los valores de los padres en contra de las relaciones sexuales durante la adolescencia (o relaciones sexuales sin protección) disminuyeron el riesgo de embarazo durante la adolescencia. Por el contrario, residir en barrios desorganizados o peligrosos, vivir en una familia de estatus económico bajo, vivir con un solo padre, tener hermanos mayores sexualmente activos o hermanas adolescentes embarazadas, pubertad precoz, y ser víctima de abusos sexuales coloca a las adolescentes en un mayor riesgo de embarazo en la durante la adolescencia.

Consecuencias del embarazo durante la adolescencia

Después del nacimiento de un niño la vida puede ser difícil para una madre adolescente. Sólo el 40% de los adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años se gradúan de la escuela secundaria. Sin el título de bachiller, sus perspectivas de empleo son limitadas y la independencia económica es difícil. Las madres adolescentes son más propensas a vivir en la pobreza y más del 75% de todas las madres adolescentes solteras reciben asistencia pública dentro de los 5 años posteriores al nacimiento de su primer hijo. Aproximadamente, el 64% de los niños nacidos de una adolescente soltera que abandonó la escuela secundaria viven en la pobreza. Además, un niño nacido de una madre adolescente tiene un 50% más de probabilidades de repetir un grado en la escuela y es probable que tenga un mal desempeño en los exámenes estandarizados y abandone antes de terminar la escuela secundaria (March of Dimes, 2012).[21]

Figura 13.15: Efectos y riesgos del embarazo en la adolescencia. (Imagen por Ian Joslin se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0)

Infecciones de transmisión sexual

Las **infecciones de transmisión sexual (ITS),** también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades venéreas (EV), son enfermedades que tienen una probabilidad significativa de transmisión a través de la conducta sexual, incluyendo el coito vaginal, anal, y el sexo oral. Es importante mencionar que algunas ITS también se pueden contraer compartiendo agujas de drogas intravenosas con una persona infectada, a través del parto o la lactancia materna. ITS comunes incluyen:

- clamidia;
- herpes (Virus del Herpes Simple) (VHS-1 y VHS-2);
- el virus del papiloma humano (VPH);
- gonorrea;
- sífilis;
- tricomoniasis;
- VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2014), hubo un aumento en los tres tipos más comunes de enfermedades de transmisión sexual en 2014. Los más afectados por ITS abarcan hombres y mujeres, homosexuales / bisexuales jóvenes. La manera más eficaz para prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual es practicar la **abstinencia**, (no participar en relaciones sexuales), tener relaciones sexuales seguras, y evitar el contacto directo de la piel o líquidos que pueden llevar al contagio por causa de una pareja infectada. El uso adecuado de las provisiones del sexo seguro (tales como los condones masculinos, condones femeninos, guantes, o presas dentales) reduce el contacto y el riesgo y puede ser eficaz en limitar la exposición; Sin embargo, algunos contagios de la enfermedad pueden ocurrir incluso con estas barreras.[23]

Practicar el sexo seguro es importante para la salud física. En la siguiente sección veremos elementos de salud para los adolescentes, incluyendo el sueño, la dieta y el ejercicio.

Hay muchos métodos de **anticoncepción** que los adolescentes sexualmente activos pueden utilizar para reducir las posibilidades de embarazo.

13.1 - Métodos reversibles de control de la natalidad (Contraception por el CDC está en el dominio publico)

Método	Descripción	Tasa de fracaso
Anticoncepción intrauterina (DIU) hormonal	Un DIU es un pequeño dispositivo intrauterino que tiene la forma de una “T” colocado dentro del útero	0.1-0.8%
Implante	Una varilla única y delgada que se inserta debajo de la piel de la parte superior del brazo de la mujer.	0.01%
Inyección	Las inyecciones o dosis de hormonas para prevenir el embarazo se colocan en los glúteos o el brazo cada tres meses.	4%
Anticonceptivos orales	También llamados “la píldora”, contienen las hormonas para prevenir el embarazo. Se toma una píldora a la misma hora cada día.	7%
Parche	Este parche cutáneo se coloca en la parte inferior del abdomen, glúteos o la espalda y libera hormonas en el torrente sanguíneo para prevenir el embarazo. Debes colocar un parche nuevo cada semana durante tres semanas y luego se descansa la cuarta semana antes de repetir el ciclo.	7%
el anillo vaginal anticonceptivo hormonal	El anillo se coloca en la vagina y libera hormonas para prevenir el embarazo. Se usa durante tres semanas. Una semana después de que se retira se coloca un nuevo anillo.	7%
Espermicida	Estos matan a los espermatozoides y vienen en varias formas: espuma, gel, crema, película, supositorio o tableta. Se colocan en la vagina antes de tener relaciones sexuales.	21%
Diafragma o capuchón cervical	Una copa de silicona que se coloca dentro de la vagina para cubrir el cuello uterino y bloquear al esperma. Se inserta con espermicida antes de la relación sexual.	17%
Esponja	Este contiene espermicida y se coloca en la vagina donde encaja sobre el cuello uterino.	14-27%
condón masculino	Usado (un solo uso) por el hombre sobre el pene para evitar que los espermatozoides entren en el cuerpo de la mujer.	13%
Condón femenino	Usado (un solo uso) por la mujer dentro de la vagina para evitar que los espermatozoides entren en el cuerpo de una mujer.	21%

La planificación familiar natural	Durante un ciclo menstrual regular, los días fértiles se pueden predecir. Las relaciones sexuales pueden evitarse en esos días.	2-23%
DIU de cobre	Se puede insertar hasta 5 días después del coito	<1% [24]
Las píldoras anticonceptivas de emergencia	Se puede tomar hasta 5 días después de la relación sexual y pueden estar disponibles sin receta médica.	1-10% [25]

Al elegir un método anticonceptivo, también se debe considerar la doble protección contra el riesgo simultáneo de VIH y otras ETS. Aunque los anticonceptivos hormonales y los DIU son muy eficaces en la prevención del embarazo, no protegen contra las ITS, incluido el VIH. El uso constante y correcto del condón masculino de látex reduce el riesgo de infección por VIH y otras ITS, incluyendo la infección por clamidia, infección gonocócica y tricomoniasis.

Figura 13.16: Hay muchos tipos de métodos de control de la natalidad. (Imagen por rexchimex se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0)

Contribuyentes y atribuciones

9. Adolescence: Developing Independence and Identity por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

12. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

13. Beginning Psychology - Growing and Developing por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

16. Adolescence Physical Growth por Boundless.com se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0; Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

21. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

23. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

24. How effective is emergency contraception? (2016). Se recupero de https://www.nhs.uk/conditions/contraception/how-effective-emergency-contraception/

25. David G. Weismiller M.D., Sc.M (2004). Emergency Contraception. Se recupero de https://www.aafp.org/afp/2004/0815/p707.html

This page titled 13.3: Los cambios físicos en la adolescencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio

Salud del sueño

Según la Fundación Nacional del Sueño (NSF) (2016), los adolescentes necesitan alrededor de 8 a 10 horas de sueño cada noche para funcionar mejor. La encuesta más reciente de Sleep in América en 2006 indicó que los adolescentes entre el sexto y duodécimo grado no estaban recibiendo la cantidad recomendada de sueño. Para los adolescentes mayores, sólo uno de cada diez (9%) obtiene una cantidad óptima de sueño, y es más probable que experimenten consecuencias negativas al día siguiente. Estos incluyen sentirse muy cansado o con sueño, estar de mal humor o irritables, quedarse dormido en la escuela, tener un estado de ánimo deprimido, y beber bebidas con cafeína (NSF, 2016). Además, están en riesgo de abuso de sustancias, accidentes de automóvil, bajo rendimiento académico, obesidad, y un sistema inmunitario debilitado (Weintraub, 2016).

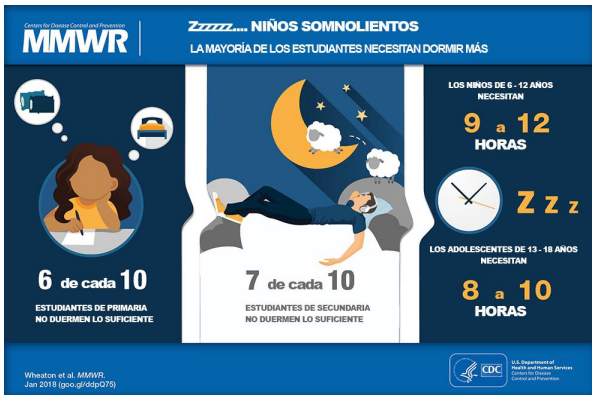


Figura 13.17: La mayoría de los adolescentes no duermen lo suficiente. (Imagen por el CDC está en el dominio publico)

¿Por qué los adolescentes no duermen lo suficiente? Además de los factores ambientales y sociales conocidos, incluyendo el trabajo, las tareas, los medios de comunicación, la tecnología y la socialización, el cerebro adolescente también es un factor. A medida que los adolescentes pasan por la pubertad, sus ritmos circadianos cambian y hacen retroceder su tiempo de sueño hasta más tarde en la noche (Weintraub, 2016). Este cambio biológico no sólo mantiene a los adolescentes despiertos por la noche, sino que les dificulta levantarse por la mañana. Cuando están despiertos demasiado temprano, sus cerebros no funcionan de manera óptima. Las deficiencias se observan en la atención, el comportamiento y el rendimiento académico, mientras que los aumentos en la tardanza y ausentismo también se ponen de manifiesto. Los psicólogos y otros profesionales han estado abogando por horarios escolares con la hora de inicio más tardío, y se han producido investigaciones que demuestran mejores resultados en los estudiantes que tienen horarios escolares con la hora de inicio más tardío. Más escuelas intermedias y secundarias han cambiado su periodo de inicio para reflejar mejor la investigación del sueño.[29]

Figura 13.18: Si los adolescentes duermen muy poco, su cerebro no funciona de manera óptima. (Imagen por John-Mark Smith on Pexels)

Comer: Hábitos saludables = vidas saludables

Los **lineamientos dietéticos** definen la adolescencia tardía, como el período entre los catorce a dieciocho años. Después de la pubertad, la tasa de crecimiento físico se ralentiza. Las mujeres dejan de crecer en estatura alrededor de los dieciséis años de edad, mientras que los varones continúan creciendo en estatura hasta los dieciocho a veintiún años de edad. Uno de los cambios psicológicos y emocionales que tienen lugar durante esta etapa de la vida incluye el deseo de independencia a medida que los adolescentes desarrollan identidades individuales aparte de sus familias. A medida que los adolescentes toman más decisiones en la dieta, los padres, los cuidadores y las figuras de autoridad debe guiarlos hacia opciones apropiadas y nutritivas.

Figura 13.19: La elección de alimentos para adolescentes pueden no ser saludable. (Image by Garry Knight is licensed under CC BY 2.0)

Algunos adolescentes no consumen todos los alimentos necesarios para un desarrollo adecuado y podrían tener inseguridad alimentaria. La mayoría de las personas tienen acceso total al agua potable en cualquier situación excepto las situaciones más extremas; la necesidad de alimentos es la necesidad humana más fundamental e importante. Más de 1 de cada 10 Algunos hogares en los Estados Unidos contienen personas que viven sin suficiente comida nutritiva y esta falta de alimentación adecuada tiene efectos profundos en sus capacidades para llevar una vida que les permitan desarrollar todo su potencial. (Hunger Notes, n.d.).

Cuando las personas tienen mucha hambre, su motivación para alcanzar esos alimentos cambia por completo su comportamiento. Las personas con hambre se vuelven apáticos e indiferentes para ahorrar energía y también se vuelven completamente obsesionados con la comida. Ancel Keys y sus colegas (Keys, Brožek, Henschel, Mickelsen, y Taylor, 1950) encontraron que los voluntarios que fueron colocados en dietas severamente reducidos en calorías perdieron todo el interés en actividades sexuales y sociales, primordializando la comida. De acuerdo con Maslow, satisfacer las necesidades más básicas es vital para un crecimiento y desarrollo adecuados.[32]

La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow

La teoría de Maslow se basa en una premisa simple: los seres humanos tienen necesidades que se clasifican jerárquicamente. Hay algunas necesidades que son básicas para todos los seres humanos, y en su ausencia, lo demás no importa. Somos gobernados por estas necesidades hasta que sean satisfechas. Después de satisfacer nuestras necesidades básicas, ya no sirven como motivadores y podemos comenzar a satisfacer las necesidades de orden superior.

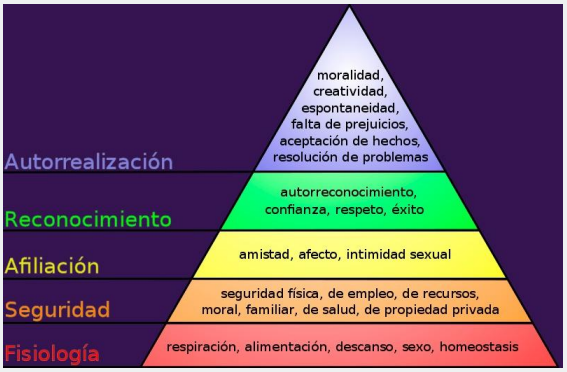


Figura 13.20: Jerarquía de necesidades de Maslow. (Imagen por J. Finkelstein se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0)

Maslow organizó las necesidades humanas en una pirámide que incluyen (del nivel más bajo al más alto) necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor o pertenencia, de estima y de autorrealización. De acuerdo con Maslow, uno debe satisfacer las necesidades de nivel inferior antes de abordar las necesidades que se producen más alto en la pirámide. Por ejemplo, si alguien se muere de hambre, es muy poco probable que dedique algún tiempo, o ninguno en absoluto, a preguntarse si otras personas piensan que es una persona buena. En cambio, todas sus energías están orientadas hacia la búsqueda de algo para comer.[34]

Control de peso

La formación de buenos hábitos alimenticios y participar en los programas de salud física o ejercicios le ayudará a mantener un peso saludable y desarrollar buenos hábitos de por vida. La investigación dice que la mejor manera de controlar el peso es: comer menos (consumir menos calorías) y ejercicio (quemar más calorías). Para mantener un peso saludable, restringir la dieta por sí sola es difícil, pero puede mejorarse sustancialmente cuando se acompaña de un aumento en la actividad física.

Los requisitos (calóricos) de energía para preadolescentes difieren de acuerdo con el género, el crecimiento y el nivel de actividad. Para las edades de nueve a trece, las niñas deben consumir alrededor de 1.400 a 2.200 calorías por día y los niños deben consumir de 1.600 a 2.600 calorías por día. Los preadolescentes físicamente activos que participan regularmente en deportes o ejercicios necesitan comer un mayor número de calorías para tener en cuenta el aumento del gasto de energético.[35]

Las personas que hacen ejercicio regularmente, y en particular aquellos que combinan el ejercicio con la dieta, son menos propensos a ser obesos (Borer, 2008). Borer, KT (2008). El ejercicio no sólo reduce nuestras medidas, sino que también mejora nuestra salud mental en general al reducir el estrés y mejorar la sensación de bienestar. El ejercicio también aumenta la capacidad cardiovascular, disminuye la presión arterial y ayuda a mejorar la flexibilidad de las articulaciones, la diabetes y la fuerza muscular (American Heart Association, 1998).

Para un cambio duradero, es importante planificar las comidas saludables, limitar los refrigerios, y planear los ejercicios en nuestra vida cotidiana.[36]

Las dietas Extremos – De la obesidad a la inanición

En esta sección, vamos a aprender acerca de los dos extremos del espectro (o exageraciones) de los resultados nutricionales.

La obesidad

Los niños necesitan una ingesta calórica adecuada para crecer, y es importante no imponer dietas altamente restrictivas. Sin embargo, exceder los requerimientos calóricos de forma regular puede conducir a la obesidad infantil, que se ha convertido en un problema importante en América del Norte. Casi uno de cada tres niños y adolescentes en Estados Unidos tienen sobrepeso o son obesos. (Consultado el 5 de marzo de del, 2012.www.letsmove.gov/learn-facts/epidemic-childhood-obesity.)

Figura 13.21: La obesidad puede afectar la autoestima, la energía y el nivel de actividad. (Imagen por el 59th Medical Wing está en el dominio publico)

Hay una serie de razones detrás del problema de la obesidad, incluyendo:

- tamaños más grandes de las porciones
- acceso limitado a los alimentos ricos en nutrientes
- un mayor acceso a las comidas rápidas y máquinas expendedoras
- La falta de apoyo a la lactancia materna
- la disminución de los programas de educación física en las escuelas
- actividad física insuficiente y un estilo de vida sedentario
- mensajes mediáticos que fomentan el consumo de alimentos poco saludables

La obesidad tiene un profundo efecto sobre la autoestima, la energía y el nivel de actividad. Aún más importante, es un factor de riesgo importante para una serie de enfermedades a lo largo de su vida, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, y ciertos cánceres.

Un percentil para el índice de masa corporal específico (IMC) por edad y sexo se utiliza para determinar si un niño tiene sobrepeso o es obeso. Si un niño tiene el peso apropiado para el crecimiento, los padres y cuidadores deben limitar los alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes. Además, es extremadamente beneficioso aumentar la actividad física de un niño y limitar las actividades sedentarias, como ver la televisión, jugar videojuegos o navegar por Internet. Los programas para abordar la obesidad infantil pueden incluir la modificación del comportamiento, también consejería de ejercicios, apoyo psicológico o terapia consejería familiar y asesoramiento para la planificación de comidas familiares.

Trastornos alimenticios

A pesar de que los trastornos alimentarios pueden ocurrir en niños y adultos, con frecuencia aparecen durante la adolescencia o la edad adulta joven (Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 2016). Los trastornos alimentarios afectan a ambos sexos, aunque

las tasas entre las mujeres son 2 y 1/2 veces mayor que entre los hombres. Al igual que en las mujeres que tienen trastornos de la alimentación, los hombres también tienen un sentido distorsionado de la Imagen corporal, incluyendo la dismorfia corporal o una preocupación extrema por volverse más musculoso. (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Wade, Keski-Rahkonen, & Hudson, 2011).

Figura 13.22: Esta Imagen retrata la anorexia. No importa lo delgada que sea, se verá así misma como excedida de peso. (Imagen por Flebilis Roxa se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 2.0)

Los factores de riesgo en los trastornos alimentarios

Los investigadores han descubierto que los trastornos alimentarios son causados por una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales (NIMH, 2016). Los trastornos alimentarios parecen presentarse en familias, y los investigadores están trabajando para identificar las variaciones de ADN que están vinculados con el aumento del riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación. Los investigadores también han encontrado diferencias en los patrones de actividad cerebral en mujeres con trastornos alimenticios en comparación con las mujeres sanas.

Los principales criterios para la mayoría de los trastornos alimentarios comunes: **anorexia nerviosa**, **bulimia nerviosa** y **trastorno por atracón** se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) y que figuran en Tabla 6.1.[40]

Tabla 13.2 - Trastornos Alimenticios DSM-5

Desorden alimenticio	Descripción
Anorexia nerviosa	• La restricción de la ingesta de energía que conduce a un peso corporal significativamente bajo • Miedo intenso a ganar peso • Alteración en la autoevaluación con respecto al peso corporal
Bulimia nerviosa	• Episodios recurrentes de atracones • Conductas compensatorios inapropiadas recurrentes para prevenir el aumento de peso, incluyendo el vómito auto inducido, laxantes, ayuno o ejercicios excesivos • La autoevaluación está indebidamente afectada por la forma del cuerpo y el peso
Trastorno por atracones	• Episodios recurrentes de atracones • Angustia marcada por atracones • El trastorno por atracón no se asocia con el uso de conductas compensatorias inapropiadas

Consecuencias para la salud de los trastornos alimentarios

Para los que sufren de anorexia, las consecuencias para la salud incluyen un ritmo cardíaco anormalmente lento y baja presión arterial, lo que aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca. Además, hay una reducción en la densidad ósea (osteoporosis), la pérdida de músculo y la debilidad, deshidratación severa, desmayos, fatiga y debilidad general. Los individuos con este trastorno

pueden morir a causa de las complicaciones asociadas a la anorexia nerviosa, que tiene la tasa de mortalidad más alta que cualquier otro trastorno psiquiátrico.

El ciclo de atracones y los vómitos auto inducidos de la bulimia pueden afectar el sistema digestivo y dar lugar a desequilibrios de electrolitos y químicos que pueden afectar al corazón y otros órganos principales. Los vómitos frecuentes pueden causar inflamación y posible rotura del esófago, así como la caries dental y manchas de ácidos estomacales. Por último, el trastorno de atracón ocasiona riesgos de salud similar a la obesidad, incluyendo la presión arterial alta, niveles altos de colesterol, enfermedades del corazón, diabetes tipo II y enfermedad de la vesícula biliar (Asociación Nacional de Trastornos Alimentarios, 2016).

Tratamiento de los trastornos alimentarios

Los fundamentos del tratamiento para trastornos de la alimentación incluyen una nutrición adecuada y la interrupción de las conductas destructivas, tales como el vómito auto inducido. Los planes de tratamiento se adaptan a las necesidades individuales e incluyen atención médica, asesoramiento nutricional, medicamentos (como los antidepresivos), psicoterapia individual, grupal y o familiar (NIMH, 2016).[41]

Figura 13.23: El asesoramiento es a menudo una forma de tratamiento para trastornos de la alimentación. (Imagen se distribuye bajo licencia de CC0)

Abuso de drogas y sustancias

El consumo de drogas y las posibilidades de abuso y adicción se manifiestan principalmente como problemas físicos. Sin embargo, los efectos de estas sustancias no son sólo físicas, sino que pueden también tener consecuencias duraderas en el desarrollo cognitivo, así como afectar el desarrollo social y emocional en una variedad de maneras. En la siguiente sección vamos a aprender acerca de lo que son las drogas, los diferentes tipos de drogas, y cuáles son los efectos de cada uno.

La experimentación de drogas

El consumo de drogas es, en parte, el resultado de la socialización. Los adolescentes pueden probar las drogas cuando sus amigos les convencen, y estas decisiones se basan en las normas sociales sobre los riesgos y beneficios de diversas drogas. A pesar del hecho de que los jóvenes han experimentado con cigarrillos, el alcohol y otras drogas peligrosas por muchas generaciones, que sería mejor si no lo hicieran. Todo el uso de drogas recreativas se asocia con al menos algunos riesgos, y los que comienzan a consumir tempranamente también son más propensos a utilizar drogas más peligrosas. Pueden desarrollar un problema de adicción o abuso de sustancias más adelante.[43]

Figura 13.24: Las normas sociales y los compañeros influyen en el consumo de drogas de los adolescentes. (Imagen por Find Rehab Centers se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

¿Qué son las drogas?

Una droga psicoactiva es una sustancia química que cambia nuestros estados de conciencia, y en particular nuestras percepciones y estados de ánimo. Estos medicamentos se encuentran comúnmente en los alimentos y bebidas de todos los días, incluyendo el chocolate, el café y los refrescos, así como en el alcohol y en el exceso de medicamentos de venta libre, como la aspirina, tylenol, y en la medicación para la tos y el resfrió. Las drogas psicoactivas también se prescriben con frecuencia en forma de pastillas para dormir, tranquilizantes y medicamentos contra la ansiedad, y que se pueden tomar, de manera ilegal, con fines recreativos. Las cuatro clases principales de drogas psicoactivas son estimulantes, depresores, opiáceos y alucinógenos.

Estimulantes

Un **estimulante** es una droga psicoactiva que funciona bloqueando la reutilización de la dopamina, norepinefrina y serotonina en las sinapsis del sistema nervioso central (SNC). Debido a que más de estos neurotransmisores permanecen activos en el cerebro, el resultado es un aumento en la actividad de la división simpática del sistema nervioso autónomo (ANS). Algunos efectos de los estimulantes incluyen el aumento de la frecuencia cardiaca y las tasas de respiración, la dilatación de la pupila, y el aumento de azúcar en la sangre acompañados por disminuciones en el apetito. Por estas razones, los estimulantes se utilizan con frecuencia para ayudar a la gente a mantenerse despierto y para controlar el peso.

Usados con moderación, algunos estimulantes pueden aumentar el estado de alerta, si se utilizan de una manera irresponsable pueden crear rápidamente la dependencia. Un problema importante es el "shock" que resulta cuando el medicamento pierde su efectividad y la actividad de los neurotransmisores vuelve a la normalidad. Las disminuciones de los estimulantes pueden crear una depresión profunda y dar lugar a un intenso deseo de repetir la dosis.

Tabla 13.3 - Estimulantes

Fármaco	Peligros y efectos secundarios	Dependencia psicológica	Dependencia física	Potencial de adicción
Cafeína	Puede crear una dependencia	Bajo	Bajo	Bajo
Nicotina	Tiene importantes efectos negativos para la salud ya sea fumando o mascando	Alto	Alto	Alto
Cocaína	disminución del apetito, dolor de cabeza	Bajo	Bajo	Moderado
Las anfetaminas	Posible dependencia, acompañado por "shock" grave con depresión como efecto de la disminución de la droga, sobre todo si fuma o se inyecta	Moderado	Bajo	Moderado a alto

Una mirada más cercana al peligro del uso de la nicotina en la adolescencia

La **nicotina** es una droga psicoactiva que se encuentra en la familia de las plantas solanáceas, donde actúa como un pesticida natural. La nicotina es la principal causa de las propiedades formadoras de dependencia del uso del tabaco, y el uso del tabaco es una amenaza importante para la salud. La nicotina crea adicción, tanto psicológica y física y es una de las adicciones más difíciles de romper. El contenido de nicotina en los cigarrillos ha aumentado lentamente con los años, por lo que dejar de fumar cada vez es más difícil. La nicotina también se encuentra en el tabaco sin humo (tabaco de mascar) y los cigarrillos electrónicos (vapeadores).

Figura 13.25: Dispositivos electrónicos ahora son formas comunes de consumir nicotina. (Imagen por el CDC está en el dominio publico)

La exposición a la nicotina puede dañar el desarrollo del cerebral del adolescente, al cambiar la forma en la que se desarrolla la sinapsis, que continúa en la primera mitad de los 20 años. El uso de la nicotina en la adolescencia también puede aumentar el riesgo de futuras adicciones a otras drogas. Los aerosoles, cigarrillos, cigarrillos electrónicos contienen productos químicos que son perjudiciales para los pulmones el tabaco de mascar es aún más dañino que estos últimos.

En muchos casos, las personas son capaces de superar la dependencia física, lo que les permite dejar por lo menos temporalmente productos que contengan nicotina. A la larga, sin embargo, el disfrute psicológico de fumar puede llevar a una recaída.[46]

Los depresores

A diferencia de los estimulantes, los cuales trabajan para aumentar la actividad neuronal, un depresor ralentiza la conciencia. Un **depresor** es una droga psicoactiva que reduce la actividad del sistema nervioso central. Los depresores son ampliamente utilizados como medicamentos de venta con receta para aliviar el dolor, para disminuir la frecuencia cardíaca y la respiración, y como anticonvulsivos. El resultado del uso del depresor (similar a los efectos del sueño) es una reducción en la transmisión de impulsos desde el cerebro inferior a la corteza (Csaky & Barnes, 1984).

Tabla 13.4 - Depresores

Fármaco	Peligros y efectos secundarios	Dependencia psicológica	Dependencia física	Potencial de adicción
Alcohol	impedimento del juicio, pérdida de coordinación, mareos, náuseas, y, finalmente, una pérdida de la conciencia	Moderado	Moderado	Moderado
Barbitúricos y benzodiacepinas	Lentitud, el habla se ralentiza, somnolencia, en casos graves, coma o muerte	Moderado	Moderado	Moderado
Inhalantes tóxicos	El daño cerebral y la muerte	Alto	Alto	Alto

Una mirada más cercana al Peligro del consumo de alcohol en los adolescentes

El **Alcohol** es el depresor más comúnmente utilizado, es un líquido incoloro, producido por la fermentación de azúcar o almidón, que es el agente embriagador en las bebidas fermentadas. El alcohol es la droga de abuso más antigua y más ampliamente utilizada en el mundo. En dosis bajas a moderadas, el alcohol actúa primero eliminando las inhibiciones sociales al disminuir la actividad del sistema nervioso simpático. En dosis más altas, el alcohol actúa sobre el cerebelo para interferir con la coordinación y el equilibrio, produciendo la asombrosa marcha de la embriaguez. En niveles altos en la sangre, causa en el sistema nervioso central la depresión, mareos, náuseas, y, finalmente, una pérdida de la conciencia. A niveles muy altos en la sangre tales como los producidos por el “excesivo” consumo de licores fuertes en las fiestas pueden ser fatales. El alcohol no es una droga “segura” en ningún sentido.[47]

Riesgos a corto plazo de la Salud

El uso excesivo de alcohol tiene efectos inmediatos que aumentan el riesgo de muchas afecciones perjudiciales para la salud. Estos son a menudo el resultado de un consumo excesivo de alcohol (tomar 4 a 5 copas de una sola vez) e incluyen lo siguiente riesgos:

- Lesiones, tales como choques de vehículos a motor (1 de cada 5 conductores adolescentes involucrados en accidentes fatales tenían un poco de alcohol en su sistema, caídas, ahogamientos, y quemaduras.
- La violencia, incluyendo homicidio, suicidio, asalto sexual y la violencia de pareja.
- El envenenamiento por alcohol, una emergencia médica que resulta de niveles altos de alcohol en la sangre.
- Comportamientos sexuales de riesgo, incluyendo el sexo sin protección o relaciones sexuales con múltiples parejas. Estos comportamientos pueden resultar en un embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Aborto involuntario y trastornos del espectro alcohólico fetal intrauterina o fetales (TEAF) entre las mujeres embarazadas.

Riesgos para la salud a largo plazo

Con el tiempo, el uso excesivo de alcohol puede conducir al desarrollo de enfermedades crónicas y otros problemas graves que incluyen:

- La presión arterial alta, enfermedades del corazón, derrame cerebral, enfermedades hepáticas y problemas digestivos.
- El cáncer de mama, boca, garganta, esófago, hígado y colon.
- Problemas de aprendizaje y memoria, incluyendo la demencia y el mal rendimiento escolar.

- Problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.
- Los problemas sociales, incluyendo la pérdida de productividad, los problemas familiares, y el desempleo.
- La dependencia del alcohol o alcoholismo [48]

Figura 13.26: El consumo de alcohol en los adolescentes representa muchos riesgos en la salud. (Imagen por Scott Air Force Base está en el dominio publico)

Los opioides

Los opioides son productos químicos que aumentan la actividad en las neuronas receptoras de opioides en el cerebro y en el sistema digestivo produciendo, euforia, analgesia, respiración más lenta, y estreñimiento. Su composición química es similar a las endorfinas, los neurotransmisores que sirven como "reductores naturales del dolor" del cuerpo. Los opioides naturales se derivan de la amapola del opio, que está muy extendida en Eurasia, pero también pueden ser creados sintéticamente.

Tabla 13.5 - Opioides

Fármaco	Peligros y efectos secundarios	Dependencia psicológica	Dependencia física	Potencial de adicción
Opio	Los efectos secundarios incluyen náuseas, vómitos, tolerancia y adicción.	Moderado	Moderado	Moderado
Morfina	Inquietud, irritabilidad, dolor de cabeza y dolores en el cuerpo, temblores, náuseas, vómitos y dolor abdominal severo	Alto	Moderado	Moderado
Heroína	Todos los efectos secundarios de la morfina, pero casi el doble de adictivo que la morfina	Alto	Moderado	Alto

Los alucinógenos

Los fármacos que producen la alteración más extrema de la conciencia son los **alucinógenos**, drogas psicoactivas que alteran la sensación y la percepción y que pueden crear alucinaciones. Los alucinógenos son frecuentemente conocidos como "psicodélicos". Los medicamentos de esta clase incluyen la dietilamida del ácido lisérgico (LSD, o "ácido"), la mescalina, y la fenciclidina (PCP), así como un número de plantas naturales incluyendo cannabis (marihuana), peyote, y psilocibina. Los alucinógenos pueden producir cambios notables en la percepción a través de uno o más de los sentidos. Los efectos precisos que experimenta la persona son en función no sólo de la droga en sí, sino también del estado mental preexistente del usuario y las expectativas de la experiencia de la droga. En gran parte, el usuario tiende a sacar de la experiencia lo que él o ella aporta. Las alucinaciones que se pueden experimentar al tomar estos medicamentos son notablemente diferentes de la experiencia cotidiana y con frecuencia son más similares a los sueños que a la conciencia cotidiana.

Tabla 13.6 - Los alucinógenos

Fármaco	Peligros y efectos secundarios	Dependencia psicológica	Dependencia física	Potencial de adicción
Marihuana	Intoxicación leve; percepción mejorada	Bajo	Bajo	Bajo
LSD, mescalina, PCP, y el peyote	Alucinaciones; percepción mejorada	Bajo	Bajo	Bajo

Una mirada más cercana en el Peligro del consumo de la marihuana en adolescentes[50]

La **Marihuana** (Cannabis) es el alucinógeno más ampliamente utilizado. Hasta que fue prohibida en los Estados Unidos bajo la Marihuana Tax Act de 1938, fue ampliamente utilizado para fines médicos. Mientras que la marihuana medicinal y recreativa es legal en varios estados americanos todavía está prohibida por la ley federal, poniendo a esos estados en conflicto con el gobierno federal. La marihuana también actúa como un estimulante, produciendo risas, y una intoxicación leve. Actúa para mejorar la percepción de las imágenes, los sonidos y los olores, y puede producir una sensación de ralentización del tiempo, y es mucho menos probable que conduzca a actos antisociales que el otro intoxicante popular, el alcohol.

El uso de la marihuana puede tener efectos perjudiciales y duraderos en la salud y bienestar de los adolescentes.

La marihuana y el cerebro del adolescente

A diferencia de los adultos, el cerebro del adolescente se está desarrollando activamente y con frecuencia no se desarrolla completamente hasta mediados de los 20 años. El consumo de marihuana durante este período puede dañar el cerebro adolescente en desarrollo.

Los efectos negativos incluyen:

- Dificultad para pensar y resolver problemas.
- Problemas con la memoria y el aprendizaje.
- Coordinación deteriorada.
- Dificultad para mantener la atención.

Figura 13.27: La marihuana es un alucinógeno de uso común. (Imagen por Cannabis Culture se distribuye bajo licencia de CC BY 2.0)

Efectos negativos en la vida escolar y social

El consumo de marihuana en la adolescencia o en la edad adulta temprana puede tener un grave impacto en la vida de un adolescente.

- **Disminución en el rendimiento escolar**. Los estudiantes que fuman marihuana pueden tener calificaciones más bajas y pueden ser más propensos a abandonar la escuela secundaria que los compañeros que no la utilizan.
- **Mayor riesgo de problemas de salud mental**. El consumo de marihuana se ha relacionado con una serie de problemas de salud mental en los adolescentes, como la depresión o la ansiedad. La psicosis también se ha visto en los adolescentes con mayor riesgo en los que tienen una historia familiar.
- **Conductores ebrios**. Conducir bajo la influencia de cualquier sustancia, incluyendo la marihuana, es peligroso. La marihuana afecta negativamente a una serie de habilidades necesarias para una conducción segura, como el tiempo de reacción, coordinación y concentración.

- **Potencial para la adicción**. La investigación muestra que aproximadamente 1 de cada 6 adolescentes que usan marihuana en repetidas ocasiones puede convertirse en adictos, lo que significa que sus esfuerzos pueden ser infructuosos en dejar de usar la marihuana o pueden renunciar a actividades importantes con amigos y familiares en favor del uso de la marihuana.

En algunos casos, los efectos de las drogas psicoactivas imitan otros estados de origen natural de la conciencia. Por ejemplo, las pastillas para dormir se prescriben para crear somnolencia, y los benzodiacepinas se prescriben para crear un estado de relajación. En otros casos se toman drogas psicoactivas con fines recreativos, con el objetivo de crear estados de conciencia que son placenteras o que ayudan a escapar de nuestra conciencia normal.

El uso de drogas psicoactivas, y especialmente aquellas que se utilizan ilegalmente, tienen el potencial para crear efectos secundarios muy negativos. Esto no quiere decir que todas las drogas son peligrosas, sino que todas las drogas pueden ser peligrosas, sobre todo si se utilizan con regularidad y durante largos períodos de tiempo. Las drogas psicoactivas crean efectos negativos no tanto a en su uso inicial, sino a través del uso continuo, acompañado de dosis cada vez mayores, que en última instancia puede conducir al abuso de drogas.

Abuso de sustancias

Muchas drogas crean **tolerancia**: Un aumento en la dosis requerida para producir el mismo efecto, haciendo que el usuario aumente la dosis o el número de veces por día que se toma el medicamento. A medida que aumenta el uso de la droga, el usuario puede desarrollar una **dependencia**, definida como la necesidad de utilizar una droga u otra sustancia con regularidad. La dependencia puede ser psicológica; en la que se desea la droga y esta se ha convertido en parte de la vida cotidiana del usuario, pero no hay efectos físicos graves si no se obtiene la droga; o física; en la que graves efectos físicos y mentales aparecen cuando se retira el fármaco. Los fumadores de cigarrillos que tratan de dejar de fumar, por ejemplo, experimentan síntomas de abstinencia física, tales como cansancio e irritabilidad, así como ansias psicológicas extremas para disfrutar de un cigarrillo en situaciones particulares, como por ejemplo después de una comida o cuando están con amigos. Los usuarios pueden desear dejar de usar la droga, pero cuando reducen su dosis experimentan **abstinencia,** experiencias negativas que acompañan a la reducción o interrupción del uso de drogas, incluyendo el dolor y otros síntomas físicos. Cuando el usuario ansia poderosamente la droga se ve obligado a buscarla, una y otra vez, sin importar el costo físico, social, financiero y legal, Decimos que él o ella han desarrollado una **adicción** a la droga.

Es una creencia común que la adicción es una fuerza poderosa irresistiblemente abrumadora, y que la retirada de las drogas es siempre una experiencia dolorosa insoportable. Pero la realidad es más complicada y en muchos casos menos extrema. Por un lado, incluso las drogas que generalmente no las consideramos como adictivas, como la cafeína, la nicotina y el alcohol, puede ser muy difícil de dejar de consumir, al menos para algunas personas. Por otro lado, los fármacos que normalmente se asocian con la adicción, incluyendo las anfetaminas, la cocaína, la heroína, que no crean de inmediato una adicción en sus usuarios. Incluso para una droga altamente adictiva como la cocaína, sólo alrededor del 15% de los usuarios se vuelven adictos (Robinson y Berridge, 2003; Wagner y Anthony, 2002). Además, la tasa de adicción es menor para aquellos que están tomando medicamentos por razones médicas que para aquellos que están usando drogas de forma recreativa. Los pacientes que se han vuelto físicamente dependientes de la morfina administrada durante el curso del tratamiento médico por una lesión dolorosa o enfermedad son capaces de dejar con rapidez la droga, sin convertirse en adictos.[52]

Las personas han utilizado y abusado a menudo, de las drogas psicoactivas durante miles de años. Tal vez esto no debería ser sorprendente, ya que muchas personas consideran que el uso de drogas es agradable. Incluso cuando conocemos los costes potenciales del uso de drogas, podemos involucrarnos en ellas de todos modos, porque los placeres de usar las drogas están ocurriendo en ese momento, mientras que los costos potenciales son abstractos y ocurrirían en un futuro.[53]

En la siguiente sección veremos varios trastornos psicológicos. Aprender y apoyar a otros que buscan ayuda cuando tienen un problema de abuso de sustancias es tan importante como buscar ayuda cuando uno está experimentando problemas negativos de salud físicos y mentales.

Contribuyentes y atribuciones

29. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

32. Nutrition through the Life Cycle: From Pregnancy to the Toddler Years por Maureen Zimmerman y Beth Snow se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Dawn Rymond)

34. Education, Society, & the K-12 Learner por Lumen Learning referencias Maslow's Hierarchy of Needs por Boundless, la cual se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0

35. Beginning Psychology - Two Fundamental Human Motivations: Eating and Mating por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

36. Beginning Psychology - Two Fundamental Human Motivations: Eating and Mating por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0 (modificado por Dawn Rymond)

38. An Introduction to Nutrition- Puberty and Nutrition por Maureen Zimmerman and Beth Snow se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

40. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

41. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally y Suzanne Valentine-French se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

43. Beginning Psychology - Altering Consciousness With Psychoactive Drugs por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

46. Altering Consciousness With Psychoactive Drugs por The Open University of Hong Kong se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

About Electronic Cigarettes (E-Cigarettes) por el CDC está en el dominio publico

Quick Facts on the Risks of E-cigarettes for Kids, Teens, and Young Adults por el CDC está en el dominio publico

47. Altering Consciousness With Psychoactive Drugs por The Open University of Hong Kong se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

48. Teen Drinking and Driving por el CDC está en el dominio publico

Fact Sheets - Alcohol Use and Your Health por el CDC está en el dominio publico

50. Altering Consciousness With Psychoactive Drugs por The Open University of Hong Kong se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

What You Need to Know About Marijuana Use in Teens por el CDC está en el dominio publico

52. La alteración de conciencia con drogas psicoactivas por La Universidad Abierta de Hong Kong se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 4.0

53. Beginning Psychology - Altering Consciousness With Psychoactive Drugs por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.5: Mantener la salud emocional

La **regulación emocional** es la capacidad de controlar con éxito nuestras emociones, lo que requiere un esfuerzo, pero la capacidad para hacerlo, puede tener importantes resultados positivos para la salud**.** Respuestas emocionales como la reacción al estrés son útiles para advertirnos sobre el peligro potencial y para movilizar nuestra respuesta a ella, por lo que es bueno que las tengamos. Sin embargo, también tenemos que aprender a controlar y regular nuestras emociones, para evitar que descontrolen nuestro comportamiento.[54]

El **Estrés** no puede ser un trastorno, pero si continúa y se vuelve más intenso y debilitante, puede conducir a un trastorno. Experimentamos estrés en nuestra vida cotidiana, incluyendo las molestias diarias. Las personas que experimentan fuertes emociones negativas como resultado de estas molestias, exhiben respuestas de estrés negativo. El estrés puede ser manejado mediante el uso de estrategias de afrontamiento y siendo más efectivos en la regulación emocional. El mejor antídoto para el estrés es pensar positivamente, divertirse y disfrutar de la compañía de otros. Las personas que expresan optimismo, autoeficacia, y valentía tienden a lidiar mejor con el estrés y experimentan una mejor salud en general.[55]

Contribuyentes y atribuciones

54. Beginning Psychology - Stress: The Unseen Killer por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

55. Beginning Psychology - Chapter Summary por Charles Stangor se distribuye bajo licencia de CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 13.5: Mantener la salud emocional is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.6: Trastornos y síndromes

Un trastorno psicológico es un patrón inusual, angustiante, y disfuncional de pensamiento, emoción o conducta. Los trastornos psicológicos son a menudo **concurrentes** o **comórbidos**, lo que significa que una determinada persona sufre de más de un trastorno. Los psicólogos diagnostican un trastorno mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM*). Cuando se diagnostican, la gente siente que un trastorno mental es un estigma, pero la enfermedad mental no es una "falla", y es importante trabajar para superar al estigma asociado con el trastorno. Los siguientes son varios trastornos que pueden afectar a los niños, adolescentes y adultos.

Tabla 13.7 - Los trastornos y síndromes y sus descripciones (Disease Prevention and Healthy Lifestyles – Mental Illness in Children and Adolescents por Lumen Learning referencias Contemporary Health Issues por: Judy Baker, Ph.D., la cual se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0)

Trastorno/ Síndrome	Descripción
Desórdenes de ansiedad	Los trastornos psicológicos marcados por temores irracionales, a menudo de los objetos cotidianos y situaciones. Ellos incluyen trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, fobia, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (EPT). Los trastornos de ansiedad afectan a cerca de 57 millones de estadounidenses cada año.
Trastornos disociativos	Condiciones que implican interrupciones o fallos de memoria, la conciencia y la identidad. Incluyen amnesia disociativa, fuga disociativa, y el trastorno de identidad disociativo.
Trastornos del estado de ánimo	trastornos psicológicos en los que el estado de ánimo de la persona influye negativamente en sus procesos físicos, perceptivos, sociales y cognitivos. Incluyen distimia, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar. Los trastornos del humor afectan a cerca de 30 millones de estadounidenses cada año.
Esquizofrenia	Un trastorno psicológico grave caracterizado por delirios, alucinaciones, pérdida de contacto con la realidad, afecto inapropiado, lenguaje desorganizado, aislamiento social, y el deterioro de la conducta adaptativa. Alrededor de 3 millones de estadounidenses padecen esquizofrenia.
Desorden de personalidad	Un trastorno de larga duración, pero con frecuencia menos grave caracterizado por patrones inflexibles de pensamiento, sentimiento o relacionarse con los demás que causa problemas en situaciones personales, sociales y laborales. Se caracterizan por un comportamiento extraño o excéntrico, por el comportamiento dramático o errático, o por el comportamiento ansioso o inhibido. Dos de los más importantes trastornos de la personalidad son el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno antisocial de la personalidad (APD).
Trastorno de somatización	Un trastorno psicológico en el que una persona experimenta numerosas dolencias físicas de larga duración, pero aparentemente no relacionados que no tienen una causa física identificable. trastornos de somatización incluyen trastorno de conversión, trastorno dismórfico corporal (BDD), y la hipocondría.

Trastorno facticio	Cuando los pacientes fingen síntomas físicos en gran parte porque disfrutan de la atención y el tratamiento que reciben en el hospital.
Trastornos sexuales	Una variedad de problemas que giran en torno a la realización o disfrutar del sexo. Las disfunciones sexuales incluyen problemas relacionados con la pérdida del deseo sexual, la respuesta sexual o el orgasmo y dolor durante las relaciones sexuales.
Parafilia	Una desviación sexual, donde la excitación sexual se obtiene a partir de un cuadro persistente de respuestas inapropiadas a objetos o personas, y en el que los comportamientos asociados con los sentimientos son angustiantes y disfuncionales.
Depresión	Cuando los síntomas provocan malestar grave e influyen negativamente en los procesos físicos, perceptivos, sociales y cognitivos. Los adolescentes con depresión a menudo fueron descartados por estar de mal humor o difíciles. Alrededor del 11 por ciento de los adolescentes tiene un trastorno depresivo a los 18 años de acuerdo con el Suplemento Nacional de Comorbilidad Encuesta-Adolescente (NCS-A). Los adolescentes deprimidos con la coexistencia de trastornos (comórbidos), tales como problemas de abuso de sustancias son menos propensos a responder al tratamiento para la depresión. Estudios centrados en las condiciones que a menudo coocurren y afectan entre sí pueden dar lugar a más específicas herramientas e intervenciones de detección. Con la medicación, psicoterapia o tratamiento combinado, la mayoría de jóvenes con depresión pueden ser tratados con eficacia. La juventud es más propensa a responder al tratamiento si lo reciben temprano en el curso de su enfermedad.

La importancia de mantener la salud mental y el bienestar

La mayoría de la gente no piensa dos veces antes de ir a un médico si tienen una enfermedad como la bronquitis, el asma, la diabetes, o enfermedades del corazón. Sin embargo, muchas personas que tienen una enfermedad mental no reciben el tratamiento que alivie su sufrimiento. Los estudios estiman que dos tercios de todos los jóvenes con problemas de salud mental no están recibiendo la ayuda que necesitan y que menos de un tercio de los varones menores de 18 años que tienen un serio problema de salud mental reciben servicios de salud mental. La enfermedad mental en los adultos a menudo tampoco se trata.

Consecuencias de la enfermedad mental

Las consecuencias de las enfermedades mentales en niños y adolescentes pueden ser sustanciales. Muchos profesionales de la salud mental hablan de los déficits acumulados que se producen cuando la enfermedad mental en los niños no es tratada. Para empezar, las enfermedades mentales pueden afectar la capacidad del estudiante para aprender. Adolescentes cuya enfermedad mental no es tratada rápidamente y de manera agresiva tenderán a retrasarse cada vez más en la escuela. Ellos son más propensos a abandonar la escuela y tienen menos probabilidades de ser miembros plenamente funcionales de la sociedad cuando llegan a la edad adulta.

También sabemos ahora que los trastornos depresivos en los jóvenes confieren un mayor riesgo de enfermedad y dificultades interpersonales y psicosociales que persisten después de que el episodio depresivo ha terminado. Por otra parte, muchos adultos que sufren de trastornos mentales tienen problemas que se originaron en la infancia. La depresión en la juventud puede predecir una enfermedad más grave en la vida adulta. trastorno de hiperactividad con déficit de atención, que alguna vez se creyó que afectaba solo a niños y adolescentes, puede persistir en la edad adulta y puede estar asociada con problemas sociales, legales y laborales. La enfermedad mental afecta la capacidad del estudiante para aprender.

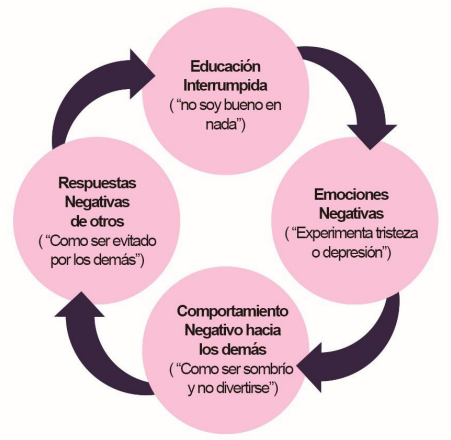


Figura 13.28: Ciclo de la Depresión: Las emociones negativas crean comportamientos negativos, lo que lleva a las personas a responder negativamente al individuo, creando aún más depresión (Imagen por Ian Joslin se distribuye bajo licencia de CC BY 4.0)

La autolesión o automutilación

Los adolescentes que luchan con su salud mental pueden autolesionarse, o pensar en hacerse daño a sí mismos. Pueden estar angustiados y tener sentimientos difíciles, así como el impulso de hacerse daño. Algunas formas poco saludables en que las personas pueden tratar de aliviar el dolor emocional incluyen cortarse, quemarse, o golpearse a sí mismos. Estos comportamientos de autolesión pueden ser difíciles de detectar y generalmente se mantienen en secreto ya que cubren sus heridas con ropas o joyas. La autolesión es una señal de que alguien está luchando. Las personas que están ansiosas, deprimidas, o que tienen un trastorno de la alimentación también tienen más probabilidades de recurrir a comportamientos autolesivos.

Los Indicadores de autolesión incluyen:

- lesiones frecuentes e inexplicables
- algunas pistas como vendajes en los cubos de basura.
- ropa inadecuada para el clima (pantalones largos o mangas cuando hace calor)

Es importante cuando alguien confiesa en autolesionarse para tratar de ser lo más reactivo y sin prejuicios como sea posible. En este momento no existen medicamentos para el tratamiento de conductas de autolesivas. Pero, algunos medicamentos pueden ayudar a tratar los trastornos mentales con los que la persona puede estar lidiando, como la depresión o la ansiedad. La asesoría o terapia de salud mental también puede ayudar.[58]

Figura 13.29: La autolesión puede ser difícil de detectar, ya que puede permanecer ocultas bajo la ropa. (Imagen por Degagebouche se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 3.0

El comportamiento suicida

Los adolescentes que sienten que no hay solución posible a sus problemas de salud mental pueden considerar, intentar o cometer suicidio. El comportamiento suicida causa dolor inconmensurable, a individuos, familias y comunidades en todo el país. En promedio, 112 personas mueren por suicidio cada día. El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los 15 y 24 años de edad y más de 9,4 millones de adultos en los Estados Unidos tuvieron serios pensamientos de suicidio en los últimos 12 meses. Pero el suicidio se puede prevenir.

Señales de advertencia de suicidio

Si alguien está mostrando uno o más de los siguientes comportamientos, él o ella puede estar pensando en el suicidio. Las siguientes señales de advertencia no deben ignorarse. Se debe buscar ayuda inmediatamente.

- Hablar sobre querer morir o matarse
- Buscar una manera de suicidarse
- Hablar sobre sentirse desesperado o no tener ninguna razón para vivir
- Hablar de sentirse atrapado o con un dolor insoportable
- Hablar de ser una carga para los demás
- Aumento del uso de alcohol o drogas
- Actuar ansioso o agitado
- comportarse imprudentemente
- Dormir muy poco o demasiado
- Retirarse o sentirse aislado
- Mostrar rabia o hablar de venganza
- Mostrar cambios de humor extremos [60]

CONSIGUE AYUDA

Si usted o alguien que conoce necesita ayuda, llame a la línea Nacional de Prevención del Suicidio a 1-800-273-TALK (8255). Los trabajadores de crisis capacitados están disponibles para hablar las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Contribuyentes y atribuciones

58. Hurtful Emotions por el NIH está en el dominio publico

60. Suicidal Behavior por MentalHealth.gov está en el dominio publico

Disease Prevention and Healthy Lifestyles – Mental Illness in Children and Adolescents por Lumen Learning referencias Contemporary Health Issues por: Judy Baker, Ph.D., la cual se distribuye bajo licencia de CC BY-SA 4.0

This page titled 13.6: Trastornos y síndromes is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

13.S: Conclusión

En este capítulo examinamos:

- El crecimiento físico y los cambios en el cuerpo durante la pubertad
- El control de peso, la obesidad y los trastornos alimenticios
- Los factores de riesgo y las consecuencias del embarazo durante la adolescencia y la salud sexual
- Sustancias y abuso de drogas
- problemas de salud mental para adolescentes

En el siguiente capítulo veremos el desarrollo cognitivo de los adolescentes

This page titled 13.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

14: Adolescencia – Desarrollo cognitivo

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo, podrás:

- Describir la etapa operativa formal de la teoría Piaget y las características del pensamiento operacional formal.
- Comparar las teorías: “El desarrollo moral” de Lawrence Kohlberg y “La ética del cuidado” de Carol Gilligan
- Explicar la teoría del procesamiento de la información.
- Describir las estrategias para el almacenamiento de memoria.
- Explicar las áreas de transición en la adolescencia.

Durante la adolescencia surgen habilidades de pensamiento más complejas. Los investigadores sugieren que esto se debe al aumento en la velocidad y eficiencia del procesamiento en lugar de ser el resultado de un aumento en la capacidad mental, en otras palabras, debido a mejoras en las habilidades existentes en lugar del desarrollo de otras nuevas (Bjorkland, 1987; Case, 1985). Analicemos estas mejoras.

14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
14.6: Sabiduría y toma de riesgos
14.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/read-book...n-sofa-515531/

This page titled 14: Adolescencia – Desarrollo cognitivo is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia

Durante esta etapa, los adolescentes van más allá del razonamiento concreto y son capaces de usar el razonamiento abstracto. El razonamiento adolescente también se caracteriza por la capacidad de considerar múltiples puntos de vista, imaginar situaciones hipotéticas, debatir ideas y opiniones (por ejemplo, política, religión y justicia) y formar nuevas ideas. Además, no es raro que los adolescentes cuestionen la autoridad o desafíen las normas sociales establecidas.

La **empatía cognitiva**, también conocida como **teoría de la mente**, que se relaciona con la capacidad de tomar en cuenta la perspectiva de los demás y sentir preocupación por los demás (Shamay-Tsoory, Tomer y Aharon-Peretz, 2005). La empatía cognitiva comienza a aumentar en la adolescencia y es un componente importante de la solución de problemas sociales y la prevención de conflictos. Según un estudio longitudinal, los niveles de empatía cognitiva comienzan a aumentar en las niñas de alrededor de 13 años y alrededor de los 15 años en los niños (Van der Graaff et al., 2013).[1]

Contribuyentes y atribuciones

1. Psychology – 9.3 Stages of Development por CNX Psychology bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.2: Cambios cognitivos en el cerebro

Al principio de la adolescencia, los cambios en la **dopamina**, un químico en el cerebro que es un neurotransmisor el cual produce sensaciones de placer, puede contribuir al aumento de la búsqueda de sensaciones y la motivación por recompensa de los adolescentes. Durante esta etapa, los adolescentes tienden a realizar cualquier actividad que produzca la mayor cantidad de dopamina sin considerar completamente las consecuencias de tales acciones. Más adelante en la adolescencia**, la corteza prefrontal**, el área del cerebro que es responsable de los resultados, formar juicios, controlar impulsos y emociones, también continúa desarrollándose (Goldberg, 2001). Es la diferencia de tiempo del desarrollo de estas diferentes regiones del cerebro la cual contribuye a una mayor toma de riesgos durante la adolescencia media porque los adolescentes están motivados a buscar emociones (Steinberg, 2008). Laurence Steinberg, uno de los principales expertos mundiales en desarrollo adolescente, compara esto con un motor potente antes de que el sistema de frenado esté instalado. El resultado es que los adolescentes son propensos con mayor frecuencia a comportamientos que representan más riesgo que niños o adultos.

Figura 14.2: Simulación del comportamiento arriesgado de beber y conducir (Imagen por Scott Air Force Base es de dominio público)

Aunque los cambios cognitivos más rápidos ocurren durante la infancia, el cerebro continúa desarrollándose durante la adolescencia e incluso hasta los 20 años (Weinberger, Elvevåg y Giedd, 2005). El cerebro continúa formando nuevas conexiones neuronales y se vuelve más rápido y más eficiente porque **reduce** o desecha las neuronas y conexiones no utilizadas (Blakemore, 2008) y produce **mielina**, el tejido graso que se forma alrededor de los axones y las neuronas, lo que ayuda a acelerar las transmisiones entre diferentes regiones del cerebro (Rapoport et al., 1999). Esta época de rápido desarrollo cognitivo para los adolescentes, haciéndolos más conscientes de su potencial y capacidades, les causa un gran desequilibrio. Los teóricos han investigado los cambios y funciones cognitivas y han formado teorías basadas en este período de desarrollo.[3]

Contribuyentes y atribuciones

3. Contenido de Dawn Rymond bajo licencia CC BY 4.0

Adolescent Development de Jennifer Lansford bajo licencia CC BY-NC-SA 4.0

This page titled 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan

Jean Piaget: Etapa formal operacional del Desarrollo cognitivo

La cognición se refiere a los procesos de pensamiento y memoria, y **el desarrollo cognitivo** se refiere a los cambios a largo plazo en estos procesos. Una de las perspectivas más conocidas sobre el desarrollo cognitivo es la teoría de la etapa cognitiva de un psicólogo suizo llamado **Jean Piaget**. Piaget creó y estudió un registro de cómo los niños y los jóvenes gradualmente pueden pensar de manera lógica y científica. Debido a que su teoría es especialmente popular entre los educadores, nos enfocaremos en ella en este capítulo.

Piaget era un **constructivista psicológico**: desde su punto de vista, el aprendizaje procedía de la interacción de la asimilación (ajuste de nuevas experiencias para adaptarse a conceptos anteriores) y adaptación (ajuste de conceptos para adaptarse a nuevas experiencias). El ir y venir de estos dos procesos conduce no solo al aprendizaje a corto plazo, sino también a **un cambio de desarrollo** a largo plazo. Los desarrollos a largo plazo son realmente el foco principal de la teoría cognitiva de Piaget.

Como quizá recuerdes, Piaget propuso que la cognición se desarrolló a través de distintas etapas desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia. Por etapas se refería a una secuencia de patrones de pensamiento con cuatro características clave:

1. Siempre ocurren en el mismo orden.
2. Nunca se salta ninguna etapa.
3. Cada etapa es una transformación significativa de la etapa anterior.
4. Cada etapa incorporó las etapas anteriores en sí misma.

Básicamente este es el modelo de desarrollo de "escalera". Piaget propuso cuatro etapas principales de desarrollo cognitivo, y las llamó (1) inteligencia sensoriomotora, (2) pensamiento preoperatorio, (3) pensamiento operacional concreto y (4) pensamiento operacional formal. Cada etapa se correlaciona con un período de la infancia, pero solo aproximadamente. El pensamiento operativo formal aparece en la adolescencia.[4]

Durante la etapa operativa formal, los adolescentes pueden comprender principios abstractos. Ya no están limitados por lo que se puede ver o escuchar directamente, y son capaces de contemplar aspectos como la belleza, el amor, la libertad y la moral. Además, mientras los niños más pequeños resuelven los problemas mediante prueba y error, los adolescentes demuestran un **razonamiento hipotético-deductivo**, el cual desarrolla hipótesis basadas en lo que podría lógicamente ocurrir. Pueden pensar de antemano en todas las posibilidades de una situación y luego probarlas sistemáticamente (Crain, 2005) porque son capaces de participar en el verdadero razomiento científico.

Figura 14.1: El razonamiento adolescente se caracteriza por la capacidad de razonar lógicamente y resolver problemas hipotéticos tales como diseñar, planificar y construir una estructura. (Imagen por U.S. Army CCDC bajo licencia CC BY 2.0)

Figura 14.3: Piaget propuso que el pensamiento operativo formal es la última etapa del desarrollo cognitivo. (Imagen por Ian Joslin bajo licencia CC BY 4.0)

¿Todos alcanzan las operaciones formales?

Según Piaget, la mayoría de las personas logran cierto grado de razonamiento operativo formal, pero utilizan operaciones formales principalmente en las áreas en las cuales tienen mayor interés (Crain, 2005). De hecho, la mayoría de los adultos no demuestran regularmente el pensamiento operativo formal. Una posible explicación es que el razonamiento de un individuo no ha sido desafiado lo suficiente como para demostrar un pensamiento operativo formal en todas las áreas.

Egocentrismo adolescente

Una vez que los adolescentes pueden comprender los pensamientos abstractos, ingresan a un mundo de posibilidades hipotéticas y demuestran **egocentrismo**, un autoenfoque elevado. El egocentrismo proviene de atribuir poder ilimitado a sus propios pensamientos (Crain, 2005) Piaget creía que no sería hasta que los adolescentes asumieran roles de adultos, que recién serían capaces de aprender los límites de sus propios pensamientos.

David Elkind: sobre la teoría de Piaget

David Elkind (1967) amplió el concepto del egocentrismo adolescente de Piaget. Elkind teorizó que los cambios fisiológicos que ocurren durante la adolescencia hacen que los adolescentes se preocupen principalmente en ellos mismos. Además, dado que los adolescentes no logran diferenciar entre lo que otros piensan y sus propios pensamientos, piensan que los demás están igual de fascinados con su comportamiento y apariencia que ellos. Esta creencia hace que el adolescente anticipe las reacciones de los demás y, en consecuencia, construya una audiencia imaginaria. **El público o audiencia imaginaria** es la creencia del adolescente de que quienes lo rodean están tan preocupados y centrados en su apariencia como ellos mismos (Schwartz, Maynard y Uzelac, 2008, p. 441). Elkind pensó que la audiencia imaginaria contribuyó a la autoconciencia que ocurre durante la primera adolescencia. El deseo de privacidad y la resistencia a compartir información personal puede ser una reacción adicional a la sensación de sentirse observado constante por otros.

Figura 14.4: Es probable que este adolescente piense: "deben estar hablando de mí". (Imagen por Twentyfour Students bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Otra consecuencia importante del egocentrismo adolescente es la **fábula personal** o la creencia de que uno es único, especial e invulnerable al daño. Elkind (1967) explica que debido a que los adolescentes se sienten tan importantes para los demás (audiencia

imaginaria), se consideran a sí mismos y a sus sentimientos como especiales y únicos. Los adolescentes creen que solo ellos han experimentado emociones fuertes y diversas, por lo tanto, otros nunca podrían entender cómo se sienten. Esta singularidad en las experiencias emocionales de uno refuerza la creencia de invulnerabilidad del adolescente, especialmente a la muerte. Los adolescentes tendrán en comportamientos riesgosos, como beber y conducir o tener relaciones sexuales sin protección, y sentirán que no sufrirán ninguna consecuencia negativa. Elkind creía que el egocentrismo adolescente surgió en la primera adolescencia y disminuyó en la adolescencia media, sin embargo, investigaciones recientes también han identificado el egocentrismo en la adolescencia tardía (Schwartz, et al., 2008).

Consecuencia del pensamiento operacional formal

Como los adolescentes ahora pueden pensar de manera abstracta e hipotética, presentan muchas nuevas formas de reflexionar sobre la información (Dolgin, 2011). Por ejemplo, demuestran una mayor **introspección** o razonamiento sobre los pensamientos y sentimientos de uno. Comienzan a imaginar cómo podría ser el mundo, lo que los lleva a ser **idealistas** o insistir en altos estándares de comportamiento. Debido a este idealismo, pueden volverse críticos con los demás, especialmente con los adultos en su vida. Además, los adolescentes pueden demostrar **hipocresía** o pretender ser lo que no son. Dado que son capaces de reconocer lo que otros esperan de ellos, se conformarán a esas expectativas para sus emociones y se comportarán aparentemente hipócritas para con ellos mismos. Por último, los adolescentes pueden mostrar **pseudoestupidez,** que es cuando abordan los problemas a un nivel demasiado complejo y fallan porque las tareas son demasiado simples. Su nueva capacidad de considerar alternativas no está completamente bajo control y parecen "estúpidos" cuando en realidad son brillantes, simplemente inexpertos.[8]

Lawrence Kohlberg: El desarrollo moral

Kohlberg (1963) se basó en el trabajo de Piaget y estaba interesado en descubrir cómo cambia nuestro razonamiento moral a medida que envejecemos. Quería descubrir cómo las personas deciden qué está bien y qué está mal (justicia moral). Tal como Piaget creía que el desarrollo cognitivo de los niños sigue patrones específicos, Kohlberg argumentó que aprendemos nuestros valores morales a través del pensamiento activo y el razonamiento, y que el desarrollo moral sigue una serie de etapas. Las seis etapas de Kohlberg generalmente se organizan en tres niveles de razones morales. Para estudiar el desarrollo moral, Kohlberg planteó dilemas morales a niños, adolescentes y adultos. Quizá recuerde uno de esos dilemas, el dilema de Heinz, que se presentó en el Capítulo 12:[9]

> Una mujer estaba en su lecho de muerte. Había una droga que los médicos pensaron que podría salvarla. Era una forma de radio que un farmacéutico de la misma ciudad había descubierto recientemente. La fabricación de la droga era costosa, pero el farmacéutico estaba cobrando diez veces más de lo que le costó producirla. Pagó $ 200 por el radio y cobró $ 2,000 por una pequeña dosis del medicamento. El esposo de la mujer enferma, Heinz, acudió a todos los que conocía para pedir prestado el dinero, pero solo pudo reunir alrededor de $ 1,000, que es la mitad de lo que costó. Le dijo al farmacéutico que su esposa se estaba muriendo y le pidió que lo vendiera más barato o que le dejara pagar más tarde. Pero el farmacéutico dijo: "No, descubrí la droga y voy a ganar dinero con ella". Así que Heinz se desesperó y entró en el laboratorio del hombre para robar la droga para su esposa. ¿Debería Heinz haber entrado en el laboratorio para robar la droga para su esposa? ¿Por qué sí o, por qué no?[10]

Basado en su razonamiento detrás de sus respuestas (no si penaron que Heinz tomó o no la decisión correcta), Kohlberg colocó a cada persona en una de las etapas como se describe en la imagen de la siguiente página:

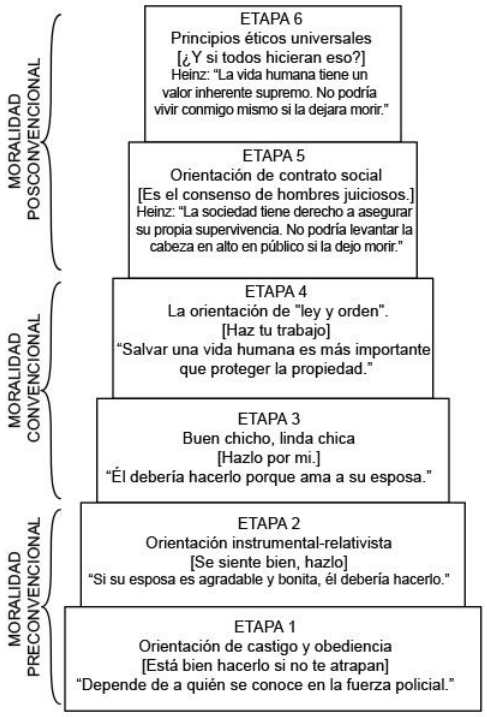


Figura 14.5: Diagrama piramidal del modelo de desarrollo moral de Kohlberg. (Imagen por Lawrence Kohlberg, Em Griffin,and cmglee bajo licencia CC BY-SA 4.0)

Aunque la investigación ha respaldado la idea de Kohlberg de que el razonamiento moral cambia de un énfasis temprano en el castigo, las reglas y regulaciones sociales a un énfasis en principios éticos más generales, como con el enfoque de Piaget, el modelo de escenario de Kohlberg es probablemente demasiado simple. Por un lado, los niños pueden usar niveles más altos de razonamiento para algunos tipos de problemas, pero vuelven a niveles más bajos en situaciones en las que hacerlo va más acorde con sus objetivos o creencias (Rest, 1979). En segundo lugar, se argumentó que este modelo de etapas es particularmente apropiado para países occidentales, y no así un ejemplo en lugares no occidentales, donde la lealtad a las normas sociales (como el respeto a la autoridad) puede ser particularmente importante (Haidt, 2001). Además, existe poca correlación entre cómo los niños califican en las etapas morales y cómo se comportan en la vida real. Quizás la crítica más importante de la teoría de Kohlberg es que puede describir el desarrollo moral de los niños mejor que el de las niñas. Carol Gilligan ha argumentado que, debido a las diferencias en su manera de socializar, los hombres tienden a valorar los principios de justicia y derechos, mientras que las mujeres valoran cuidar y ayudar a los demás. Aunque hay poca evidencia de que los niños y las niñas obtengan un puntaje diferente en las etapas de desarrollo moral de Kohlberg (Turiel, 1998), es cierto que las niñas y las mujeres tienden a centrarse más en cuestiones de cuidado, ayuda y conexión con otros que los niños y los hombres. (Jaffee y Hyde, 2000).[12]

Carol Gilligan: La ética del cuidado

Carol Gilligan, cuyas ideas se centran en la **ética del cuidado**, o el sistema de creencias sobre las responsabilidades humanas, la atención y la consideración por los demás, propuso tres posiciones morales que representan diferentes grados o amplitudes de cuidado ético. A diferencia de Kohlberg o Piaget, ella no afirma que las posiciones forman una secuencia estrictamente evolutiva, sino que solo pueden clasificarse jerárquicamente según su profundidad o sutileza. A este respecto, su teoría es "semi-evolutiva" de manera similar a la teoría de la motivación de Maslow (Brown y Gilligan, 1992; Taylor, Gilligan y Sullivan, 1995). La siguiente tabla resume las tres posiciones morales de la teoría de Gilligan:

Tabla 14.1 – Posiciones del Desarrollo moral según Gilligan

Posiciones morales	Definición de lo que es moralmente bueno
Posición 1: Orientación de supervivencia	Acción que considera solo las necesidades personales
Posición 2: Cuidado convencional	Acción que considera las necesidades o preferencias de los demás, pero no las propias.

Position 3: Cuidado integral	Acción que intenta coordinar las necesidades personales con las de los demás.

Posición 1: Orientación de supervivencia

La manera de cuidado más básica es una **orientación de supervivencia**, en la que una persona se preocupa principalmente por su propio bienestar. Como posición moral, una orientación de supervivencia obviamente no es satisfactoria para las aulas a gran escala. Si cada estudiante solo velará por sí mismo, la vida en el aula podría volverse bastante desagradable. Sin embargo, hay situaciones en las que preocuparse principalmente por uno mismo es un signo de buena salud mental y también relevante para los maestros. Para un niño que ha sido intimidado en la escuela o abusado sexualmente en el hogar, por ejemplo, es saludable y moralmente deseable hablar sobre la intimidación o el abuso, especialmente atendiendo las necesidades propias de la víctima a expensas de los demás, incluyendo el acosador o el abusador. Expresarse y hablar de lo ocurrido requiere una orientación de supervivencia y es saludable porque en este caso, el niño o niña se preocupa por sí mismo.

Posición 2: Cuidado convencional

Una posición moral más sutil es **cuidar de los demás**, en la que una persona está preocupada por la felicidad y el bienestar de los demás, y por reconciliar o integrar las necesidades de los demás cuando entran en conflicto entre sí. En las aulas, los estudiantes que actúan desde esta posición pueden ser muy deseables, ya que de alguna manera pueden ser amables, considerados, buenos para adaptarse y cooperar con otros al trabajar. Ya que estas cualidades son más que bienvenidas en un aula ajetreada, puede ser tentador para los maestros recompensar a los estudiantes por desarrollar estas cualidades y usarlos en gran parte de su trayectoria escolar. Sin embargo, el problema con da gratificación a la ética de la Posición 2 es que, al hacerlo, descuida la identidad del estudiante, sus propias metas o valores académicos y personales. Tarde o temprano, los objetivos personales, los valores y la identidad necesitan atención, y los educadores tienen la responsabilidad de ayudar a los estudiantes a descubrirlos y aclararlos. Desafortunadamente para los maestros, los estudiantes que saben lo que quieren a veces pueden ser más asertivos y menos complacientes que aquellos que no lo hacen.

Posición 3: Cuidado integral

La forma más desarrollada de cuidado moral en el modelo de Gilligan es el **cuidado integral**, la coordinación de las necesidades y valores personales con los de los demás. Ahora, la elección moralmente correcta tiene en cuenta a todos, incluido usted, no a todos excepto usted.

En las aulas, es más probable que surja un cuidado integral, cuando los maestros den a los estudiantes una constante y amplia libertad para tomar decisiones. Si los estudiantes tienen poca flexibilidad sobre sus acciones, hay poco espacio para considerar las necesidades o valores de cualquier persona, ya sean propias o ajenas. Si el maestro dice simplemente: "Hagan la tarea en la página 50 y entréguenla mañana por la mañana", entonces el cumplimiento se convierte en el tema principal, no en la elección moral. Pero supongamos, que, en lugar de ello, el maestro dice algo como esto: “En los próximos dos meses, realice un proyecto de investigación sobre el uso de los recursos hídricos en nuestra ciudad. Organízalo de la manera que desees: habla con las personas, lee ampliamente sobre él y compártelo con la clase de una manera que todos nosotros, incluido tú, nos beneficiemos de la información.” Aunque una tarea así de general o abstracta, puede no ser adecuada para algunos maestros o estudiantes, sí plantea desafíos morales para quienes la usan. ¿Por qué? Por un lado, los estudiantes no pueden simplemente llevar a cabo instrucciones específicas, sino que deben decidir qué aspecto del tema realmente les importa. La elección es en parte una cuestión de valores personales. Por otro lado, los estudiantes deben considerar cómo el tema podría ser significativo o importante para otros en la clase. Tercero, debido a que la línea de tiempo para completar está relativamente lejos en el futuro, los estudiantes pueden tener que sopesar las prioridades personales (como pasar tiempo con la familia el fin de semana) en comparación con las prioridades educativas (trabajar un poco más en la tarea el fin de semana). Algunos estudiantes pueden tener problemas al tomar buenas decisiones cuando se les da este tipo de libertad, por lo tanto, sus maestros deben ser cautelosos al dar esa tarea. Pero en cierto modo, estas dudas son parte del punto de Gilligan: el cuidado integral es de hecho más exigente que el cuidado basado en la supervivencia u orientación hacia los demás, y no todos los estudiantes pueden estar preparados para ello.[13]

Hemos aprendido que los cambios importantes en la estructura y el funcionamiento del cerebro ocurren durante la adolescencia y dan lugar a las teorías sobre desarrollos cognitivos y conductuales (Steinberg, 2008). Estos cambios cognitivos incluyen cómo se procesa la información y se promueve mediante mejoras en la función cognitiva durante la primera adolescencia, como la memoria, la codificación y el almacenamiento, así como la capacidad de pensar sobre el razonamiento, por lo tanto, mejoran las funciones de procesamiento de la información.[14]

Contribuyentes y atribuciones

4. Educational Psychology – Cognitive Development: The Theory of Jean Piaget por Kelvin Seifert and Rosemary Sutton bajo licencia CC BY

8. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French is bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

9. Lifespan Development – Module 6: Middle Childhood referencia Psyc 200 Lifespan Psychology por Laura Overstreet, bajo licencia CC BY

Beginning Psychology – Chapter 6: Growing and Developing por Charles Stangor bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

10. Heinz Dilemma by Wikipedia is licensed under CC BY 3.0

12. Beginning Psychology – Chapter 6: Growing and Developing por Charles Stangor bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

13. Educational Psychology - 4.5 Moral Development: forming a sense of rights and responsibilities por CNX Psychology bajo licencia CC BY 4.0

Contemporary Educational Psychology/Chapter 3: Student Development/Moral Development por Wikibooks bajo licencia CC BY-SA 3.0

14. Contenido de Dawn Rymond bajo licencia CC BY 4.0

This page titled 14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento

Figura 14.6: El desarrollo del cerebro durante la adolescencia permite mayores funciones de procesamiento de la información. (Imagen por Free-Photos en Pixabay)

Memoria

La memoria es un sistema de procesamiento de información que a menudo comparamos con una computadora. La memoria es el conjunto de procesos utilizados para codificar, almacenar y recuperar información de diferentes períodos de tiempo.

Figura 14.7: El proceso de la memoria. (Imagen por Ian Joslin bajo licencia CC BY 4.0)

La codificación implica la entrada de información en el sistema de memoria. El almacenamiento es la retención de la información codificada. La tercera función es la recuperación, que consiste en desalojar la información de la memoria para luego regresarla a la conciencia.

Codificación (Entrada de información a la memoria)

Obtenemos información en nuestros cerebros a través de un proceso llamado **codificación**, que es la entrada de información en el sistema de memoria. Una vez que recibimos información sensorial del entorno, nuestros cerebros la etiquetan o codifican. Organizamos esa información con otra información similar y conectamos nuevos conceptos a conceptos existentes. La información de codificación ocurre a través del procesamiento automático y el procesamiento intensional. Por ejemplo, si alguien te pregunta qué comiste hoy, es muy probable que puedas recordar esta información con bastante facilidad. Esto se conoce como **procesamiento automático** la codificación de detalles como el tiempo, el espacio, la frecuencia y el significado de las palabras. El procesamiento automático generalmente se realiza sin ningún esfuerzo consciente.

Recordar la última vez que estudiaste para un examen es otro ejemplo de procesamiento automático. Pero ¿qué pasa con el material que estudiaste para ese examen? Probablemente requirió mucho trabajo y atención de tu parte para codificar esa información; esto se conoce como **procesamiento con esfuerzo.** Cuando alguien aprende nuevas habilidades, como conducir un automóvil, debe esforzarse y prestar atención para codificar información sobre cómo arrancar un automóvil, cómo frenar, cómo girar, etc. Una vez que sepa conducir, podrá codificar información adicional sobre esta habilidad de manera automática.

Almacenamiento (Retención de información en la memoria)

Una vez que la información ha sido codificada, tenemos que conservarla. Nuestros cerebros toman la información codificada y la almacenan. El almacenamiento es la creación de un registro permanente de información. Para que una memoria se almacene (es decir, a memoria a largo plazo), tiene que pasar por tres etapas distintas: memoria sensorial, memoria a corto plazo y finalmente memoria a largo plazo. Estas etapas fueron propuestas por primera vez por Richard Atkinson y Richard Shiffrin (1968). Su modelo de memoria humana, llamado Atkinson-Shiffrin (AS), se basa en la creencia de que procesamos los recuerdos de la misma manera que una computadora procesa la información.

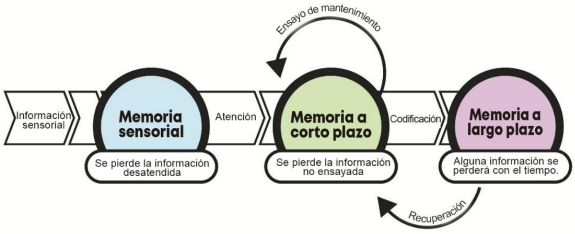


Figura 14.8: De acuerdo con el modelo de memoria Atkinson-Shiffrin, la información pasa por tres etapas distintas para lograr almacenarse en la memoria a largo plazo. (Imagen por Educ320 bajo licencia CC BY-SA 4.0 (imagen modificada por Ian Joslin de COCOER)

Memoria sensorial (Primera etapa del almacenamiento)

En el modelo Atkinson-Shiffrin, los estímulos del entorno se procesan primero en la **memoria sensorial**, el almacenamiento de eventos sensoriales breves, como imágenes, sonidos y gustos. Es un almacenamiento muy breve, hasta un par de segundos. Estamos constantemente bombardeados con información sensorial. No podemos absorberlo todo, ni siquiera la mayor parte. Y la mayoría no tiene impacto en nuestras vidas. Por ejemplo, ¿qué llevaba puesto tu maestro el último período de clase? Mientras el maestro estuviera vestido apropiadamente, en realidad no importa lo que llevaba puesto. La información sensorial sobre imágenes, sonidos, olores e incluso texturas, que no vemos como información valiosa, la descartamos. Si consideramos que algo es valioso, la información pasará a nuestro sistema de memoria a corto plazo.

Un estudio de memoria sensorial investigó la importancia de la información que consideramos valiosa en el almacenamiento de memoria a corto plazo. JR Stroop descubrió un fenómeno de memoria en la década de 1930: se nombrará un color con más facilidad si aparece impreso en ese color, esto se llama efecto Stroop.

El efecto Stroop describe por qué es difícil para nosotros nombrar un color cuando la palabra y el color en que la palabra está escrita son diferentes. Para probar esto, se le indica a una persona que no lea las palabras a continuación, sino que diga el color en el que esta la palabra. Por ejemplo, al ver la palabra "amarillo" en letra verde, deben decir "verde", no "amarillo". Este experimento es divertido, pero no es tan fácil como parece.

Rojo	Azul	Amarillo
Naranja	Morado	Naranja
Verde	Amarillo	Negro
Amarillo	Verde	Rojo
Morado	Azul	Morado

Memoria a corto plazo o memoria funcional (Segunda etapa de almacenamiento)

La **memoria a corto plazo** es un sistema de almacenamiento temporal que procesa la memoria sensorial entrante; a veces se llama memoria funcional. La memoria a corto plazo toma información de la memoria sensorial y, a veces, conecta esa memoria con algo que ya está en la memoria a largo plazo. El almacenamiento de memoria a corto plazo dura unos 20 segundos. Piense en la memoria a corto plazo como la información que ha mostrado en la pantalla de su computadora: un documento, una hoja de cálculo o una página web. La información en la memoria a corto plazo va a la memoria a largo plazo (cuando la guarda en su disco duro) o se descarta (cuando elimina un documento o cierra un navegador web).

George Miller (1956), en su investigación sobre la capacidad de la memoria, descubrió que la mayoría de las personas pueden retener unos siete elementos en la memoria a corto plazo. Algunos recuerdan cinco, otros nueve, así que llamó a la capacidad de la memoria a corto plazo; el rango de siete elementos más o menos dos.

Para explorar la capacidad y la duración de la memoria a corto plazo, dos personas pueden probar esta actividad. Una persona lee las filas de números aleatorios a continuación en voz alta a la otra, comenzando cada fila diciendo: "¿Listo?" y terminando cada uno diciendo: "Recuerda". Luego, la segunda persona debe tratar de escribir la fila de números de memoria.

9754	68259	913825	5316842	86951372	719384273
6419	67148	648327	5963827	51739826	163875942

Esto se puede usar para determinar la mayor cantidad de dígitos que puede almacenar. Para la mayoría de las personas, esto será cerca de siete, los famosos siete más o menos dos de Miller. Recordar es un poco mejor con números aleatorios que con letras aleatorias (Jacobs, 1887) y a menudo también ligeramente mejor para información que escuchamos (**codificación acústica**, la cual codifica sonidos) en lugar de lo que vemos (**codificación visual**, que codifica imágenes y palabras en particular) (Anderson, 1969).

Memoria a largo plazo (Tercera y última etapa de almacenamiento)

La **memoria a largo plazo** es el almacenamiento continuo de información. A diferencia de la memoria a corto plazo, la capacidad de almacenamiento de la memoria a largo plazo no tiene límites. Abarca todas las cosas que recuerde que sucedieron hace más de unos minutos y todas las cosas que recuerde que sucedieron hace días, semanas y años. De acuerdo con la analogía de la computadora, la información en su memoria a largo plazo sería como la información que ha guardado en el disco duro. No está en su escritorio (su memoria a corto plazo), pero puede obtener esta información cuando lo desee, al menos la mayor parte del tiempo. No todos los recuerdos a largo plazo son recuerdos fuertes. Algunos recuerdos solo pueden recuperarse mediante indicaciones. Por ejemplo, pueda recordar fácilmente un hecho: "¿Cuál es la capital de los Estados Unidos?", O un procedimiento: "¿Cómo manejar una bicicleta?", Pero podría tener dificultades para recordar el nombre del restaurante donde cenó. cuando estaba de vacaciones en Francia el verano pasado. Una pequeña ayuda, como que el restaurante lleva el nombre de su propietario, quien le habló sobre su interés compartido en el fútbol, puede ayudarlo a recordar (recuperar) el nombre del restaurante.

Recuperación (Buscando recuerdos)

Así que trabajaste arduamente para codificar mediante un procesamiento laborioso (mucho trabajo y atención de tu parte para codificar esa información) y almacenar información importante para tu próximo examen final. ¿Cómo recuperas esa información del almacenamiento cuando la necesitas? El acto de sacar información del almacenamiento de la memoria y volver a la conciencia se conoce como **recuperación**. Esto sería similar a encontrar y abrir un documento previamente guardado en el disco duro de su computadora. Ahora está de vuelta en su escritorio, y puede trabajar con él nuevamente. Nuestra capacidad de recuperar información de la memoria a largo plazo es vital para nuestro funcionamiento diario. Uno debe ser capaz de recuperar información de la memoria para hacer todo, desde cómo cepillarse el pelo y los dientes, hasta conducir al trabajo y saber cómo realizar su trabajo una vez que llegue allí.

Recuperación de memoria a largo plazo (Sistema de almacenamiento) Recordar, reconocimiento, reaprendizaje y olvido.

Hay tres formas de recuperar información del sistema de almacenamiento de memoria a largo plazo: recuperación, reconocimiento y reaprendizaje. **Recordar** es lo que pensamos con mayor frecuencia cuando hablamos de recuperación de memoria: significa que puede acceder a la información sin señales. Por ejemplo, recordaría que tiene un examen. El **reconocimiento** ocurre cuando identifica información que ha aprendido previamente después de encontrarla nuevamente. Implica un proceso de comparación. Cuando realiza un examen de opción múltiple, confía en el reconocimiento para ayudarlo a elegir la respuesta correcta. La tercera forma de recuperación es el **reaprendizaje**, y es exactamente lo que parece, implica aprender información que se aprendió previamente. Whitney tomó español en la escuela secundaria, pero después de la escuela secundaria no tuvo la oportunidad de hablar español. Whitney ahora tiene 31 años, y su compañía le ha ofrecido la oportunidad de trabajar en su oficina de Ciudad de México. Para prepararse, se matricula en un curso de español en el colegio comunitario local. Está sorprendida de lo rápido que puede aprender el idioma después de no hablarlo durante 13 años; Este es un ejemplo de reaprendizaje.

Olvido (lo que no se quedó grabado)

Como acabamos de aprender, el cerebro debe trabajar (procesamiento con esfuerzo) para codificar la información y moverla a la memoria a corto plazo y, en última instancia, a largo plazo. Esto tiene fuertes implicaciones para un estudiante, ya que puede afectar su aprendizaje: si uno no se esfuerza para codificar y almacenar información, es probable que se olvide. Investigaciones indican que las personas olvidan el 80 por ciento de lo que aprenden solo un día después. Esta estadística puede parecer no muy alentadora, dado que se espera que aprenda y recuerde todo lo que estudia como alumno universitario.

Sin embargo, señala la importancia de una estrategia de estudio que no sea esperar hasta la noche anterior a un examen final para revisar las lecturas y notas de un semestre. Cuando aprende algo nuevo, el objetivo es grabarlo, mientras más pronto, mejor, y moverlo de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo, donde se puede acceder a él cuando lo necesite (como al final del semestre para su examen final o tal vez en los siguientes años). La siguiente sección explorará una variedad de estrategias que pueden usarse para procesar información de manera más profunda y ayudar a mejorar la recuperación.[18]

Estrategias de memoria[19]

Conocer lo que necesitas saber

¿Como puedes decidir que estudiar y que necesitas saber? La respuesta es priorizar lo que está tratando de aprender y memorizar, en lugar de tratar de abordarlo todo. A continuación, se presentan algunas estrategias para ayudarte con esto:

- **Piensa en conceptos en lugar de hechos:** La mayoría de las veces los maestros están más preocupados de que aprendas los conceptos clave en una materia o curso, en lugar de hechos específicos.
- **Sigue las indicaciones de tu maestro:** Presta atención a lo que el maestro escribe en la pizarra, lo que menciona repetidamente en clase, o sí incluye guías de estudio y material de apoyo, es probable que sean conceptos importantes en los que querrás enfocarte.
- **Busca términos clave**: Los libros de texto a menudo ponen los términos clave en negritas o cursiva.
- **Usa los resúmenes**: lee los resúmenes del fina del capítulo, o escribe los tuyos, esto para verificar la comprensión de los elementos principales de la lectura.

Transferencia de la información de la memoria de corto plazo a la memoria de largo plazo.

En el análisis previo de cómo funciona la memoria observamos la importancia de hacer esfuerzos intencionales para transferir información de la memoria de corto plazo a la de largo plazo. A continuación, se presentan algunas estrategias para facilitar este proceso:

- **Comienza a revisar el nuevo material de inmediato:** recuerda que las personas generalmente olvidan una cantidad significativa de información nueva dentro de las primeras 24 horas de haberla aprendido.
- **Estudia con frecuencia, pero por periodos de tiempo más cortos:** si deseas mejorar las probabilidades de recordar información al momento de un examen o en una clase futura, intenta repasar un poco todos los días.

Fortalece tu memoria

¿Qué puedes hacer para fortalecer tu memoria en general? Algunas personas tienen memorias más fuertes que otras, pero memorizar nueva información requiere esfuerzo para cualquiera.

A continuación, se presentan algunas estrategias útiles para la memoria:

- **Ensayar:** Una estrategia es el ensayo, o la repetición consciente de la información para ser recordada. (Craik & Watkins, 1973). El aprendizaje académico viene con el tiempo y la práctica, en algún momento posterior, las habilidades llegan a darse de manera natural.
- **Incorpora imágenes:** Las ayudas visuales como tarjetas con notas, mapas conceptuales y resaltar el texto son maneras de hacer que la información se destaque. Estas ayudas hacen que la información sea más fácil de manejar y parezca menos desalentadora.
- **Crea mnemotécnicas:** Esta estrategia de memoria, conocida como **mnemotécnica** puede *ayudarte a retener información, con solo recordar una frase o un patrón de letras que destaque*. Son especialmente útiles cuando queremos recordar fragmentos de información más grades, como: pasos, etapas, fases y partes de un sistema. (Bellezza, 1981). Existen diferentes tipos de mnemotécnicas.
  - **Acrónimos:** Un **acrónimo** es una palabra formada por la primera letra de cada una de las palabras que se desea recordar. Un ejemplo para recordar los grandes lagos, usaremos “HOMES”, hogares en español, (Huron, Ontario, Michigan, Erie y Superior).
  - **Acrósticos:** En un **acróstico**, se forma una frase de todas las primeras letras de las palabras. Por ejemplo, si necesitas recordar el orden de las operaciones matemáticas, memoriza la frase “Please, Excuse My Dear Aunt Sally” (Por favor, disculpe a mi querida tia Sally, en inglés). El orden de las operaciones matemáticas es: Paréntesis, Exponentes, Multiplicación, División, Suma y Resta. (Parentheses, Exponents, Multiplication, Division, Addition, Substraction).

- **Canciones o tonadas:** Las melodías que riman que contienen palabras clave relacionadas con el concepto, tonadas como “i antes de la e, excepto después de la c” . (I before E except after C, canción mnemotécnica en inglés).
- **Visual**: Usar una ayuda visual será útil para recordar. Tal como la mnemotécnica de nudillos que se muestra en la imagen a continuación, ayuda a recordar la cantidad de días de cada mes. Los meses de 31 días están representados por los nudillos y los meses mas cortos, por los espacios existentes entre los nudillos.

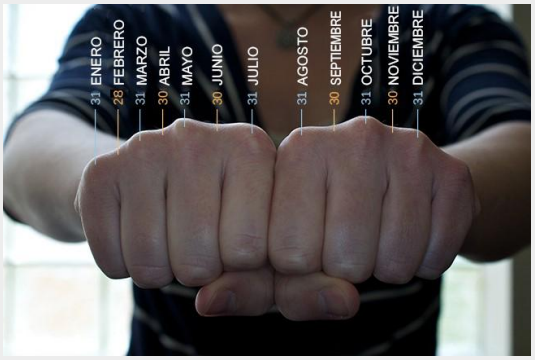


Figura 14.9: Se puede usar una mnemotécnica para recordar el nombre de alguien, una fórmula matemática, o los seis niveles de la taxonomía de Bloom. (Imagen por Laura Lucas bajo licencia CC BY 4.0)

- **Fragmentación:** Otra estrategia es la fragmentación, es la técnica que organiza la información en partes más pequeñas para que sea más fácil de recordar, como dividir un número de teléfono en varias partes.
- **Hacer la relación entre nueva y antigua información:** Es más fácil recordar nueva información si se puede la puede relacionar a información ya aprendida, a un marco de referencia familiar o una experiencia personal.
- **Tener sueno de calidad:** Aunque algunas personas requieren mayor o menor cantidad de horas de sueño de lo recomendado, la mayoría de las personas necesitan de 6 a 8 horas de sueño cada noche.

Contribuyentes y atribuciones

18. Memory and Information Processing by Laura Lucas is licensed under CC BY 4.0

19. Memory and Information Processing by Laura Lucas is licensed under CC BY 4.0

This page titled 14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)

El crecimiento cognitivo y la nueva sensación de libertad e independencia hacen que para los adolescentes sea tanto, más fácil, como difícil tomar decisiones y hacer frente a las próximas transiciones y decisiones de la vida.

Logro académico, abandono de la escuela secundaria y el año sabático

A medida que los adolescentes crecen, se encuentran con puntos de transición relacionados con la edad, los cuales requieren que avancen y tomen un nuevo rol, como ir a la universidad, tomarse un año libre o “año sabático”, o comenzar a trabajar para hacer una carrera. Las expectativas educativas varían no solo de una cultura a otra, sino también de una clase a otra. Mientras que las familias de clase media o alta pueden esperar que sus hijos asistan a una universidad y estudien al menos cuatro años después de graduarse de la escuela secundaria, otras familias quizá esperen que su hijo comience a trabajar a tiempo completo de inmediato, como muchos en sus familias lo han hecho antes.[21]

Logro académico

Los adolescentes pasan la mayoría de las horas del día que están despiertos en la escuela más que en cualquier otro contexto (Eccles y Roeser, 2011). El rendimiento académico durante la adolescencia se dicta por factores interpersonales (p. Ej., Participación de los padres en la educación de los adolescentes), intrapersonales (p. Ej., Motivación intrínseca) e institucionales (p. Ej., Calidad de la escuela). El logro académico es importante en sí mismo como un indicador de ajuste positivo durante la adolescencia, pero también porque el logro académico prepara el escenario para futuras oportunidades educativas y ocupacionales. La consecuencia más grave del fracaso escolar, particularmente el abandono escolar, es el alto riesgo de desempleo o subempleo en la edad adulta que sigue. El alto rendimiento puede preparar el escenario para la universidad, la formación profesional y oportunidades futuras.[22]

Abandono de la escuela secundaria

La tasa de abandono de estudiantes se refiere al porcentaje de jóvenes de 16 a 24 años que no están inscritos en la escuela y no tienen credenciales de escuela secundaria (ya sea un diploma o una credencial de equivalencia, como un certificado de Desarrollo Educativo General [GED]). La tasa de abandono se basa en encuestas hechas a población civil no institucionalizada, que excluye a personas en cárceles, personas en el ejército y otras personas que no viven en hogares.[23] La tasa de abandono escolar entre los estudiantes de secundaria ha disminuido de una tasa del 9.7% en 2006 a 5.4% en 2017.[24]

Año sabático: Formas en las que socializan las diferentes sociedades a los adultos jóvenes

Los puntos de transición de edad requieren adaptarse a nuevos roles que pueden variar ampliamente entre las sociedades. Por ejemplo, en el Reino Unido, cuando los adolescentes terminan su educación secundaria (también conocida como la escuela secundaria en los Estados Unidos), a menudo toman un año "libre" antes de ingresar a la universidad. En la mayoría de los casos, puede que tomen un trabajo, viajen o encuentren otras formas de experimentar y conocer otras culturas. El príncipe William, duque de Cambridge, pasó su año sabático adquiriendo habilidades de supervivencia en Belice, enseñando inglés en Chile y trabajando en una granja lechera en el Reino Unido (Príncipe de Gales 2012a). Su hermano, el Príncipe Harry, abogó por los huérfanos del SIDA en África y trabajó como jackeroo (un ranchero novato) en Australia (Príncipe de Gales 2012b).

Figura 14.10: Prince William. (Imagen de dominio público)

Figura 14.11: Prince Harry. (Image by Carfax2 is licensed under CC BY-SA 3.0)

En los Estados Unidos, este punto de transición de la vida se maneja de manera muy diferente, y tomarse un año libre generalmente está mal visto. En cambio, se alienta a los jóvenes de los EE. UU. a elegir caminos profesionales ya para la mitad de la adolescencia, a seleccionar una universidad y una especialidad a fines de la adolescencia, y a completar sus estudios universitarios o capacitación técnica para su carrera a principios de los veinte años.

En otras naciones, esta fase del curso de la vida está vinculada al **reclutamiento**, un término que describe el servicio militar obligatorio. Egipto, Suiza, Turquía y Singapur tienen este sistema. Se espera que los jóvenes en estas naciones (a menudo solo los hombres) se sometan a varios meses o años de entrenamiento y servicio militar.[27]

Adolescentes e Independencia: Carrera, experiencia laboral y conducción

Adolescentes en la fuerza laboral

Muchos adolescentes realizan trabajos de verano, durante el año escolar, o pueden trabajar en el lugar de su universidad. Tener un trabajo puede ofrecer a los adolescentes fondos adicionales, les brinda la oportunidad de aprender nuevas habilidades, fomentar ideas sobre futuras carreras y quizás tener una idea sobre el verdadero valor del dinero. Sin embargo, existen varias preocupaciones acerca de los adolescentes que trabajan, especialmente durante el año escolar. Varios estudios encontraron que trabajar más de 20 horas por semana puede conducir a la disminución de las calificaciones, una desconexión general de la escuela (Staff, Schulenberg y Bachman, 2010; Lee y Staff, 2007; Marsh y Kleitman, 2005), un aumento en el abuso de sustancias (Longest & Shanahan, 2007), participar en conductas sexuales más tempranas y embarazo (Staff et al., 2011). Al igual que muchos grupos de empleados, los adolescentes han visto una disminución en el número de empleos. Los trabajos de verano de generaciones anteriores han ido disminuyendo constantemente, según el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Oficina de Estadísticas Laborales (2016).

Figura 14.12: Las horas y las razones por las que trabaja esta adolescente, influenciará los resultados en su trabajo. (Imagen por Brooke Cagle en Unsplash)

Trabajadores pobres

Una preocupación importante en los Estados Unidos es el creciente número de jóvenes que optan por trabajar en lugar de continuar su educación y están creciendo o continúan creciendo en la pobreza. Crecer en la pobreza o empezar a trabajar demasiado pronto puede impedir el acceso a la educación y los servicios que las personas necesitan para salir de la pobreza y tener un empleo estable. Las investigaciones afirman que la educación a menudo es clave para la estabilidad, y que los que crecieron en la pobreza son los que menos posibilidades tienen de encontrar un trabajo bien remunerado, perpetuando así el ciclo. Aquellos que trabajan solo a tiempo parcial, ya sean adolescentes o cualquier otra persona, tienen más probabilidades de ser clasificados como trabajadores pobres en comparación a aquellos con empleo a tiempo completo; niveles más altos de educación conducen a una menor probabilidad de estar entre los trabajadores pobres.[29] IEn 2017, los trabajadores pobres eran 6,9 millones de estadounidenses, por debajo de los 7,6 millones en 2011 (Oficina de Estadísticas Laborales de EE. UU., 2019).[30]

Conductores adolescentes

Conducir les da a los adolescentes una sensación de libertad e independencia de sus padres. También les da tiempo libre a los padres, ya que no están recogiendo y dejando a los adolescentes en la escuela, actividades o el trabajo. La Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras (NHTSA) informa que en 2014 los conductores jóvenes (de 15 a 20 años) representaron el 5.5% (11.7 millones) del número total de conductores (214 millones) en los EE. UU. (Centro Nacional de Estadísticas y Análisis (NCSA), 2016). Sin embargo, casi el 9% de todos los conductores involucrados en accidentes fatales ese año eran conductores jóvenes (NCSA, 2016), y según el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (2014), los accidentes automovilísticos son la principal causa de muerte durante 15 a 20 años. "En todas las jurisdicciones motorizadas del mundo, los conductores jóvenes e inexpertos tienen tasas de choques y accidentes mucho más altas que los conductores mayores y con más experiencia" (NCSA, 2016, p. 1).

La tasa de accidentes fatales es mayor para los hombres jóvenes que para las mujeres jóvenes, aunque para ambos sexos la tasa fue la más alta para el grupo de edad de 15-20 años. Para los hombres jóvenes, la tasa de accidentes fatales fue de aproximadamente 46 por 100,000 conductores, en comparación con 20 por 100,000 conductores para las mujeres jóvenes. La NHTSA (NCSA, 2016) informó que de los conductores jóvenes que murieron y que tenían alcohol en su sistema, el 81% tenía un recuento de alcohol en sangre más allá de lo que se considera el límite legal. Los accidentes fatales relacionados con el consumo de alcohol fueron mayores entre los hombres jóvenes que entre las mujeres jóvenes. La NHTSA también descubrió que los adolescentes tenían menos probabilidades de usar del cinturón de seguridad si conducían bajo la influencia del alcohol, y que el uso de éste disminuía a medida que aumentaba el nivel de intoxicación por alcohol.

AAA completó un estudio en 2014 que mostró los siguientes factores de riesgo de accidentes para conductores adolescentes:

- Conducir muy pegado a otros vehículos
- Conducir a demasiada velocidad sin tomar en cuenta el clima y las condiciones del camino
- Distraerse con otros pasajeros
- Distraerse con el uso de teléfonos celulares

Según la NHTSA, se informó que el 10% de los conductores de 15 a 19 años involucrados en accidentes fatales estaban distraídos en el momento del accidente; la cifra más alta de cualquier grupo de edad (NCSA, 2016). Se ha descubierto que la distracción junto con la inexperiencia aumenta enormemente el riesgo de un accidente (Klauer et al., 2014).

La NHTSA descubrió que el número de accidentes ha disminuido desde 2005. Atribuyen esto a una mayor capacitación del conductor, una mayor conciencia social sobre los desafíos de la conducción de adolescentes y a cambios en las leyes que restringen la edad para beber. La NHTSA estima que el aumento de la edad legal para beber a 21 años en los 50 estados y el Distrito de Columbia ha salvado 30,323 vidas desde 1975.[31]

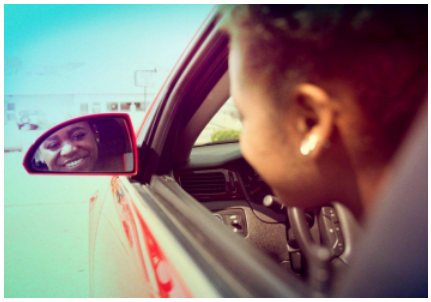


Figura 14.13: Este adolescente necesita tener una sólida capacitación de manejo y tener conocimiento de los desafíos de conducción. (Imagen por State Farm bajo licencia CC BY 2.0)

Contribuyentes y atribuciones

21. Contenido de Dawn Rymond bajo licencia CC BY 4.0

Introduction to Sociology 2e – Chapter 5.4: Socialization Across the Life Course por OpenStax bajo licencia CC BY 4.0

22. Adolescent Development por Jennifer Lansford bajo licencia CC BY-NC-SA 4.0

23. U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. (2015). *The Condition of Education 2015* (NCES 2015-144), Status Dropout Rates.; Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

24. The Condition of Education por National Center for Education Statistics es de dominio público

27. Introduction to Sociology 2e – Chapter 5.4: Socialization Across the Life Course de OpenStax bajo licencia CC BY 4.0

29. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

Work in the United States por OpenStax bajo licencia CC BY 4.0

30. A profile of the working poor, 2017 por BLS es de dominio público

31. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición) is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.6: Sabiduría y toma de riesgos

Ya sea que se trate de un sentido elevado de la capacidad (hemos aprendido mucho sobre el egocentrismo, la fábula personal, la audiencia imaginaria o la falta de desarrollo de la corteza prefrontal), o simplemente la mala toma de decisiones, muchos adolescentes tienden a tomar riesgos innecesarios. **La sabiduría**, o la capacidad de comprensión y juicio que se desarrolla a través de la experiencia, aumenta entre las edades de 14 y 25 años, y aumenta con la madurez, las experiencias de la vida y el desarrollo cognitivo. La sabiduría aumenta gradualmente y no es lo mismo que la inteligencia, y los adolescentes no la mejoran sustancialmente en las pruebas de coeficiente intelectual, ya que sus puntajes son relativos a otros en su grupo de edad, ya que todos maduran aproximadamente al mismo ritmo. Los adolescentes deben ser monitoreados porque tienen más probabilidades de correr riesgos que los adultos. La teoría de la toma de decisiones conductuales propone que los adolescentes y los adultos sopesan las potenciales recompensas y consecuencias de una acción. Sin embargo, los adolescentes parecen dar más peso a las recompensas, en particular las recompensas sociales, que los adultos. Dar mecanismos de apoyo que facilitan el aprendizaje autónomo a los adolescentes, hasta que muestren un juicio consistente y apropiado probablemente tendrá menos consecuencias negativas.[33]

Contribuyentes y atribuciones

33. Boundless Psychology – Human Development de Boundless.com bajo licencia CC BY-SA 4.0

This page titled 14.6: Sabiduría y toma de riesgos is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

14.S: Conclusión

En este capítulo vimos:

- La etapa operativa formal de Piaget
- Desarrollo moral y teorías de cuidado integral
- Memorias en la teoría del procesamiento de la información
- Transiciones e independencia en los adolescentes.

En el próximo capítulo examinaremos el desarrollo social y emocional de los adolescentes.

This page titled 14.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

15: Adolescencia - Desarrollo social y emocional

Objetivos del capítulo

Después de este capítulo podrás:

1. Comparar las teorías de Erikson y Marcia
2. Explicar identidad y autoconcepto
3. Resumir las etapas del desarrollo de la identidad étnica
4. Explicar el desarrollo de la identidad de género.
5. Resumir identidad sexual y orientación
6. Describir los comportamientos antisociales.
7. Explicar la etapa de desarrollo a la adultez emergente

Los adolescentes continúan refinando su sentido de sí mismos al relacionarse con los demás. Las principales preguntas de los adolescentes son "¿Quién soy yo?" y "¿Quién quiero ser?" Algunos adolescentes adoptan los valores y roles que sus padres esperan de ellos. Otros adolescentes desarrollan identidades que se alinean más con los grupos de pares en lugar de las expectativas de sus padres. Esto es común cuando los adolescentes trabajan para formar sus identidades. Se alejan de sus padres y el grupo de pares se vuelve muy importante (Shanahan, McHale, Osgood y Crouter, 2007). A pesar de pasar menos tiempo con sus padres, la mayoría de los adolescentes informan sentimientos positivos hacia ellos (Moore, Guzman, Hair, Lippman y Garrett, 2004). Se observó que en Estados Unidos y otros países las relaciones cálidas y saludables entre padres e hijos se han asociado con resultados positivos para el adolescente, como mejores calificaciones y menos problemas de comportamiento escolar (Hair et al., 2005).[1]

Figura 15.1: las relaciones entre este adolescente y su madre tendrán resultados positivos para él. (La imagen del Cuerpo de Marines es de dominio público.)

Contribuyentes y atribuciones

[1] Desarrollo adolescente de Jennifer Lansford está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0

Psicología del desarrollo - Capítulo 7:Adolescence by Laura Overstreet está licenciada bajo CC BY 3.0

15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
15.4: Desarrollo de la identidad de género
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
15.11: Violencia y abuso
15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta

15.S: Conclusión

Thumbnail: pixabay.com/photos/love-coup...young-1716825/

This page titled 15: Adolescencia - Desarrollo social y emocional is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial

Erikson propuso que cada período de la vida tiene un desafío o crisis únicos que una persona debe enfrentar. Esto se conoce como un **desarrollo psicosocial.** Según Erikson, el desarrollo exitoso implica tratar y resolver los objetivos y las demandas de cada una de estas crisis de manera positiva. Estas crisis generalmente se denominan etapas, aunque ese no es el término utilizado por Erikson. Si una persona no resuelve una crisis con éxito, puede obstaculizar su capacidad para hacer frente a crisis posteriores. Por ejemplo, un individuo que no desarrolla un sentido claro de propósito e identidad (la quinta crisis de Erikson - Identidad vs. Confusión de roles) puede absorberse a sí mismo y estancarse en lugar de trabajar para el mejoramiento de los demás (séptima crisis de Erikson - Generatividad vs. Estancamiento). Sin embargo, la mayoría de los individuos pueden completar con éxito las ocho crisis de su teoría.[3]

Confusión Identidad vs. Rol

La confusión entre identidad y rol es una etapa importante de desarrollo en la que el niño tiene que aprender los roles que él ocupará como adulto. En la adolescencia, niños (de 12 a 18 años) enfrentar la tarea de *identidad vs. confusión de roles*. El éxito en esta etapa conducirá a la virtud de **fidelidad** que implica ser capaz de comprometerse con los demás sobre la base de aceptar a los demás, incluso cuando puede haber diferencias ideológicas. Según Erikson, la tarea principal de un adolescente es desarrollar un sentido de sí mismo. Los adolescentes luchan con preguntas como "¿Quién soy yo?" y "¿Qué quiero hacer con mi vida?" En el camino, la mayoría de los adolescentes se prueban muchos tipos diferentes para ver cuáles encajan; exploran varios roles e ideas, establecen objetivos e intentan descubrir su identidad "adulta". Los adolescentes que tienen éxito en esta etapa tienen un fuerte sentido de identidad y pueden mantenerse fieles a sus creencias y valores frente a los problemas y las perspectivas de otras personas. Cuando los adolescentes son apáticos, no hacen una búsqueda consciente de la identidad, o son presionados para ajustarse a las ideas de sus padres para el futuro, pueden desarrollar un sentido débil de sí mismos y experimentar confusión de roles. No estarán seguros de su identidad y estarán confundidos sobre el futuro. Los adolescentes que luchan por adoptar un papel positivo probablemente lucharán por "encontrarse" como adultos.[4]

Erikson vio esto como un período de confusión y experimentación con respecto a la identidad y cómo se navega por el camino de la vida. Durante la adolescencia, experimentamos **una moratoria psicológica**, donde los adolescentes ponen en espera su identidad actual mientras exploran sus opciones de identidad. La culminación de esta exploración es una visión más coherente de uno mismo. Aquellos que no tienen éxito en resolver esta etapa pueden retirarse aún más al aislamiento social o perderse en la multitud. Sin embargo, investigaciones más recientes sugieren que pocos abandonan este período de edad con el logro de la identidad, y que la mayor parte de la formación de identidad ocurre durante la edad adulta (Côtè, 2006).[5]

Contribuyentes y atribuciones

3. Introducción a la psicología por Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

4. Educación, sociedad y el alumno K-12 - Parte II:La psicología educativa hace referencia a la modificación de las etapas de desarrollo psicosocial de Erickson por parte de Boundless, que está licenciada bajo CC BY-SA 4.0

5. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad

James Marcia propuso un enfoque para evaluar el desarrollo de la identidad. En su enfoque, los adolescentes hacen preguntas sobre su exploración y compromiso con los temas relacionados con la ocupación, la política, la religión y el comportamiento sexual. Los estudios que evalúan cómo los adolescentes pasan por las etapas de Marcia muestran que, aunque la mayoría de los adolescentes finalmente logran desarrollar una identidad estable, el camino no siempre es fácil y hay muchas rutas que se pueden tomar. Algunos adolescentes simplemente pueden adoptar las creencias de sus padres o el primer papel que se les ofrece, tal vez a expensas de buscar otras posibilidades más prometedoras (estado de ejecución hipotecaria). Otros adolescentes pueden pasar años intentando diferentes identidades posibles (estado de moratoria) antes de finalmente elegir una.[6]

Marcia identificó cuatro estados de identidad que representan las cuatro combinaciones posibles de la dimensión de compromiso y exploración.[7]

Tabla 15.1 Estado de identidad

Estado de identidad	Descripción[8]
El estado de difusión de identidad es un estado que caracteriza a aquellos que no han explorado las opciones ni se han comprometido con una identidad.	El individuo no tiene compromisos firmes con respecto a los temas en cuestión y no está avanzando hacia ellos. Aquellos que persisten en esta identidad pueden ir a la deriva sin rumbo con poca conexión con quienes los rodean o tener poco sentido de propósito en la vida.
El estado de Identity-Foreclosure es el estado para aquellos que se han comprometido con una identidad sin haber explorado las opciones.	El individuo no se ha involucrado en ningún experimento de identidad y ha establecido una identidad basada en las elecciones o valores de los demás. Algunos padres pueden tomar estas decisiones por sus hijos y no otorgan al adolescente la oportunidad de tomar sus propias decisiones. En otros casos, los adolescentes pueden identificarse fuertemente con los padres y otras personas en su vida y desean seguir sus pasos.
El estado de Identity-Moratorium es un estado que describe a aquellos que están explorando en un intento de establecer una identidad, pero aún no se han comprometido.	El individuo está explorando varias opciones, pero aún no se ha comprometido claramente con ninguna de ellas. Este puede ser un período de ansiedad y tensión emocional, ya que el adolescente experimenta con diferentes roles y explora varias creencias. Nada es seguro y hay muchas preguntas, pero pocas respuestas.
El estado de logro de identidad se refiere al estado de aquellos que, después de la exploración, se han comprometido.	El individuo ha alcanzado una identidad coherente y comprometida basada en decisiones personales. Este es un proceso largo y a menudo no se logra al final de la adolescencia.

El estado menos maduro, y uno común en muchos niños, es la difusión de identidad. Durante la secundaria y la universidad, los adolescentes y los adultos jóvenes pasan de la difusión de la identidad y la ejecución hipotecaria a la moratoria y el logro. Las mayores ganancias en el desarrollo de la identidad están en la universidad, ya que los estudiantes universitarios están expuestos a una mayor variedad de opciones de carrera, estilos de vida y creencias. Es probable que esto genere preguntas sobre la identidad.

Gran parte del trabajo de identidad que hacemos en la adolescencia y la edad adulta joven se trata de valores y objetivos, ya que nos esforzamos por articular una visión personal o un sueño para lo que esperamos lograr en el futuro (McAdams, 2013).[9]

Para ayudarlos a trabajar en el proceso de desarrollar una identidad, los adolescentes pueden probar diferentes identidades en diferentes situaciones sociales. Pueden mantener una identidad en el hogar y un tipo diferente de persona cuando están con sus compañeros. Eventualmente, la mayoría de los adolescentes integran las diferentes posibilidades en un solo concepto de sí mismo y un cómodo sentido de identidad (estado de logro de identidad). Para los adolescentes, el grupo de pares proporciona información valiosa sobre el autoconcepto. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta "¿Cómo eras de adolescente? (por ejemplo, ¿genial, nerd, incómodo?) ", planteó en el sitio web Answerbag, un adolescente respondió de esta manera:

> *Soy todavía un adolescente, pero a partir del 8 al 9 ° grado que no sabía muy bien lo que quería en absoluto. Era inteligente, así que salía con los niños nerd. Todavía lo hago; Mis amigos significan el mundo para mí. Pero a mediados del octavo grado empecé a pasar el rato con el que puedes llamar a los niños "geniales" ... y también salí con algunos drogadictos, solo por variedad. Perforé varias partes de mi cuerpo y mantuve mis notas altas. Ahora, solo estoy tratando de encontrar quién soy. Incluso estoy haciendo mi segundo año en China para poder tener una mejor visión de lo que quiero. (Answerbag, 2007). ¿Cómo eras cuando eras adolescente? (por ejemplo, ¿genial, nerd, incómodo?). (Citado de dojokills en http://www.answerbag.com/q_view/171753)*

Una gran parte de lo que el adolescente está aprendiendo es **la identidad social**, la parte del concepto de sí mismo que se deriva de la pertenencia a un grupo. Los adolescentes definen sus identidades sociales de acuerdo a cómo son similares y diferentes de los demás, y encuentran significado en las categorías deportivas, religiosas, escolares, de género y étnicas a las que pertenecen.[10]

Figura 15.2: (Imagen en Pixabay)

Figura 15.3: (Imagen en Pixabay)

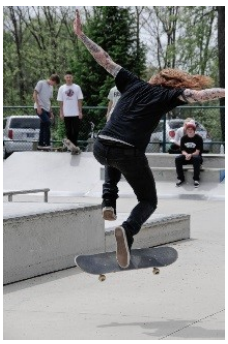


Figura 15.4: (Imagen de Valerie Everett bajo licencia CC BY-SA 2.0)

Figura 15.5:(Imagen de Adi Rahman en Unsplash)

Contribuyentes y atribuciones

6. Introducción a la psicología por Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

7. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

8. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

9. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está autorizada bajo CC BY-NC-SA 3.0 ; Tabla adaptada de Marcia, J. (1980). Identidad en la adolescencia. *Manual de psicología adolescente, 5* , 145.

10. Introducción a la psicología por Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?

Los psicólogos del desarrollo han investigado varias áreas diferentes de desarrollo de identidad para la adolescencia y algunas de las áreas principales incluyen:

Identidad religiosa

Las opiniones religiosas de los adolescentes suelen ser similares a las de sus familias (Kim-Spoon, Longo y McCullough, 2012). La mayoría de los adolescentes pueden cuestionar costumbres, prácticas o ideas específicas en la fe de sus padres, pero pocos rechazan por completo la religión de sus familias.

Figura 15.5: Una adolescente musulmana (Imagen en Pixabay)

Figura 15.6: Un adolescente judío (Imagen de Eli está licenciada bajo CC BY 2.0)

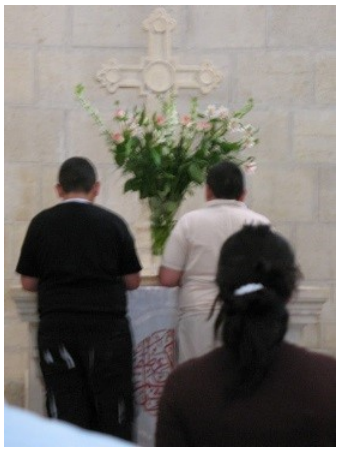


Figura 15.7: Un adolescente católico (Imagen de James Emery bajo licencia CC BY 2.0)

Figura 15.8: Un adolescente budista (La imagen está licenciada bajo CC0 1.0)

Identidad política

La ideología política de los adolescentes también está influenciada por las creencias políticas de sus padres. Una nueva tendencia en el siglo XXI es una disminución de la afiliación partidaria entre los adultos. Muchos adultos no se alinean ni con el partido democrático ni con el republicano, sino que se consideran más como un "independiente". Sus hijos adolescentes a menudo siguen su ejemplo o se vuelven más apolíticos (Côtè, 2006).

Identidad vocacional

Mientras que los adolescentes de las generaciones anteriores se imaginaban a sí mismos trabajando en un trabajo en particular, y a menudo trabajaban como aprendices o a tiempo parcial, hoy en día rara vez es así. La identidad vocacional tarda más en desarrollarse, ya que la mayoría de las ocupaciones actuales requieren habilidades y conocimientos específicos que requerirán educación adicional o se adquieren en el trabajo mismo. Además, muchos de los trabajos que desempeñan los adolescentes no son profesiones que la mayoría de los adolescentes buscarán como adultos.

Identidad de género

Esto también se está convirtiendo en una tarea cada vez más prolongada a medida que las actitudes y normas con respecto al género siguen cambiando. Los roles apropiados para hombres y mujeres están evolucionando. Algunos adolescentes pueden excluir una identidad de género como una forma de lidiar con esta incertidumbre, y pueden adoptar roles masculinos o femeninos más estereotipados (Sinclair y Carlsson, 2013). Estudiaremos más de cerca la identidad de género más adelante en este capítulo.[19]

Autoconcepto y Autoestima

En la adolescencia, los adolescentes continúan desarrollando su autoconcepto. Su capacidad para pensar en las posibilidades y razonar de manera más abstracta puede explicar la mayor diferenciación del yo durante la adolescencia. Sin embargo, la comprensión de sí mismo del adolescente a menudo está llena de contradicciones. Los adolescentes jóvenes pueden verse extrovertidos, pero también retraídos, felices, pero a menudo malhumorados, e inteligentes y completamente desorientados (Harter, 2012). Estas contradicciones, junto con el creciente reconocimiento del adolescente de que su personalidad y comportamiento parecen cambiar dependiendo de con quién están o dónde están, pueden hacer que el joven adolescente se sienta como un fraude. Con sus padres pueden parecer más enojados y hoscos, con sus amigos son más extrovertidos y tontos, y en el trabajo son callados y cautelosos. "¿Cuál soy realmente yo?" puede ser el estribillo del joven adolescente. Harter (2012) descubrió que los adolescentes enfatizan rasgos como ser amistoso y considerado más que los niños, destacando su creciente preocupación sobre cómo otros pueden verlos. Harter también descubrió que los adolescentes mayores agregan valores y estándares morales a sus autodescripciones.

Figura 15.9: La comprensión que un adolescente tiene de sí mismo a menudo está llena de contradicciones. (Imagen en Pixabay)

Figura 15.10: Los adolescentes tienen más probabilidades de enfatizar los valores en sus autodescripciones. (La imagen está licenciada bajo CC0 1.0)

A medida que se desarrolla el autoconcepto, también se desarrolla la autoestima. Además de las dimensiones académicas, sociales, de apariencia y físicas / atléticas de la autoestima en la infancia media y tardía, los adolescentes también agregan percepciones de su competencia en las relaciones románticas, en el trabajo y en las amistades cercanas (Harter, 2006). La autoestima a menudo disminuye cuando los niños hacen la transición de un entorno escolar a otro, como pasar de la escuela primaria a la secundaria o de la secundaria a la universidad (Ryan, Shim y Makara, 2013). Estas disminuciones suelen ser temporales, a menos que haya factores estresantes adicionales, como conflictos parentales u otras interrupciones familiares (De Wit, Karioja, Rye y Shain, 2011). La autoestima aumenta de la adolescencia media a tardía para la mayoría de los adolescentes, especialmente si se sienten seguros de sus relaciones con los compañeros, su apariencia y habilidades atléticas (Birkeland, Melkivik, Holsen y Wold, 2012).

Contribuyentes y atribuciones

19. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy? is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.4: Desarrollo de la identidad de género

Desde el nacimiento, a los niños se les asigna un género y se socializan para cumplir con ciertos roles de género basados en su sexo biológico. La palabra "**sexo**" se refiere a las diferencias físicas o fisiológicas entre hombres, mujeres y personas intersexuales, incluidas sus características sexuales primarias y secundarias. La palabra "**género**", por otro lado, se refiere a las distinciones sociales o culturales asociadas con un sexo determinado.

Cuando nacen los bebés, se les asigna un género en función de su sexo biológico: a los bebés varones se les asigna como niños, a las bebés se les asigna como niñas y los bebés **intersexuales** nacen con características sexuales que no se ajustan a las definiciones típicas de cuerpos masculinos o femeninos, y generalmente se le asigna a una categoría de género u otra. Los académicos generalmente consideran el género como una **construcción social**, lo que significa que no existe naturalmente, sino que es un concepto creado por normas culturales y sociales. Desde el nacimiento, los niños se socializan para cumplir con ciertos roles de género basados en su sexo biológico y el género al que están asignados.[22]

La experiencia subjetiva de una persona sobre su propio género y cómo se desarrolla, o la **identidad de género**, es un tema de mucho debate. Es la medida en que uno se identifica con un género en particular; es el sentido individual y la experiencia subjetiva de una persona de ser hombre, mujer u otro género. A menudo se forma temprano en la vida y consiste principalmente en la aceptación (o no aceptación) de la categoría de género que se le da. En la mayoría de las sociedades, existe una división básica entre los atributos de género asignados a hombres y mujeres. Sin embargo, en todas las sociedades, algunos individuos no se identifican con algunos (o todos) los aspectos de género asignados a su sexo biológico.

Aquellos que se identifican con el género que corresponde al sexo que se les asignó al nacer (por ejemplo, se les asigna mujer al nacer y continúan identificándose como una niña, y luego como una mujer) se llaman **cisgénero**. En muchas culturas occidentales, las personas que se identifican con un género que es diferente de su sexo biológico (por ejemplo, se les asigna una mujer al nacer, pero sienten internamente que son un niño o un género que no es una niña) se llaman **transgénero**. Algunas personas transgénero, si tienen acceso a recursos y atención médica, eligen alterar sus cuerpos a través de intervenciones médicas como cirugía y terapia hormonal para que su ser físico esté mejor alineado con su identidad de género.

Figura 15.11: Esta persona se identifica como genderqueer/ genero no binario. (Imagen de Franziska Neumeister con licencia CC BY 2.0)

Las personas que no se identifican dentro del binario de género como un hombre o una mujer usan términos recientes como " genderqueer ", "género fluido", "variante de género", "andrógino", "agender" y "género no conforme". En cambio, se identifican como existentes en algún lugar a lo largo de un espectro o continuo de géneros, o fuera del espectro por completo, a menudo de una manera que evoluciona continuamente.

El género continuo

Ver el género como un continuo nos permite percibir la rica diversidad de géneros, desde transgénero y cisgénero hasta género queer y agender. La mayoría de las sociedades occidentales operan con la idea de que el género es **binario**, que esencialmente solo hay dos géneros basados en dos sexos (hombre y mujer), y que todos deben encajar en uno u otro. Esta dicotomía social impone la conformidad con los ideales de masculinidad y feminidad en todos los aspectos de género y sexo: identidad de género, expresión de género y sexo biológico.

Según los partidarios de la **teoría queer**, la identidad de género no es una identidad rígida o estática, sino que puede seguir evolucionando y cambiando con el tiempo. La teoría queer se desarrolló en respuesta a las limitaciones percibidas de la forma en

que se cree que las identidades se consolidan o estabilizan (por ejemplo, homosexuales o heterosexuales), y los teóricos construyeron queerness en un intento de resistir esto. De esta manera, la teoría intenta mantener una crítica en lugar de definir una identidad específica. Mientras que "queer" desafía una definición simple, el término se usa a menudo para transmitir una identidad que no está desarrollada rígidamente, sino que es fluida y cambiante.[24]

La identidad de género

En 2012, Sam Killerman creó a Genderbread Person como una infografía para desglosar la identidad de género, la expresión de género, el sexo biológico y la orientación sexual. En 2018, lo actualizó a la versión 2.0 para ser más preciso e inclusivo.[25]

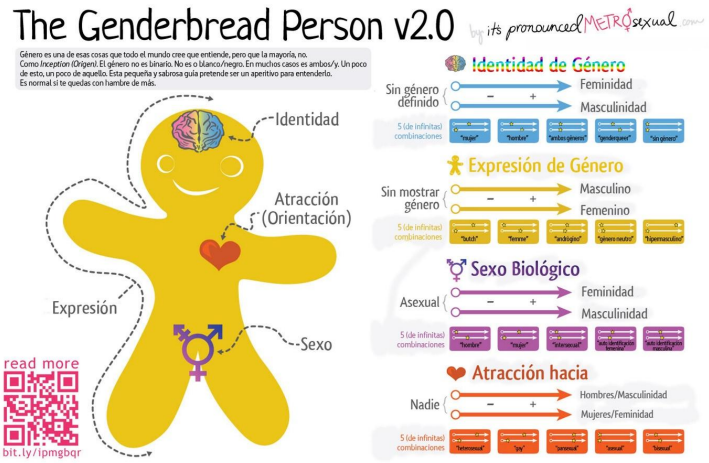


Figura 15.12: La persona de Genderbread explica la identidad de género, la expresión de género, el sexo biológico y la orientación sexual. (Image de it's pronounced METROsexual)

Pronombres de género

Los pronombres son parte del lenguaje que se usa para referirse a alguien o algo sin usar nombres propios. En inglés, algunos pronombres en tercera persona singulares son "él" y "ella", que generalmente se consideran pronombres específicos de género, que se refieren a un hombre y una mujer, respectivamente. Un pronombre neutral al género o pronombre inclusivo al género es uno que no da implicaciones sobre el género, y podría usarse para alguien de cualquier género.

Algunos idiomas solo tienen pronombres neutros en cuanto al género, mientras que otros tienen dificultades para establecer cualquiera que no sea específico para el género. Las personas con identidades de género no binarias a menudo eligen nuevos pronombres en tercera persona para sí mismas como parte de su transición. A menudo eligen pronombres neutros de género para que otros no los vean como hombres o mujeres.[27]

Aquí hay una tabla basada en la Guía práctica de pronombres de la Coalición del Arco Iris de Yellowknife:

Tabla 15.2 Guía de pronombres (Rainbow Coalition of Yellowknife. (n.d). Handy Guide to Pronouns [PDF files]. Tomada de http://www.rainbowcoalitionyk.org/resources/.)

Pronombres	Ejemplo
Él /su /lo (pronombres masculinos)	Él va a la tienda a comprarse un sombrero. Lo vi perder su viejo sombrero ayer.
Ella / su / la (pronombres femeninos)	Ella va a la tienda a comprarse un sombrero. La vi perder su viejo sombrero ayer.
Ellos / su / los (pronombres neutros de género)	Ellos van a la tienda a comprarse un sombrero. Los vi perder su viejo sombrero ayer.

Factores que influyen en la identidad de género

Aunque la formación de la identidad de género no se comprende completamente, se se dice que hay muchos factores que influyen en su desarrollo. Los factores biológicos que pueden influir en la identidad de género incluyen los niveles hormonales pre y postnatales y la composición genética. Los factores sociales incluyen ideas sobre los roles de género transmitidos por la familia, las figuras de autoridad, los medios de comunicación y otras personas influyentes en la vida de un niño. Según la teoría del aprendizaje social, los niños desarrollan su identidad de género mediante la observación e imitación de los comportamientos vinculados con el género de los demás; luego son "recompensados" por imitar los comportamientos de personas del mismo género y "castigados" por imitar los comportamientos de otro género. Por ejemplo, los niños varones a menudo serán recompensados por imitar el amor de su padre al béisbol, pero serán castigados o redirigidos de alguna manera si imitan el amor por las muñecas de su hermana mayor. Los niños son moldeados por las personas que los rodean, a quienes intentan imitar y seguir.

Roles de genero

El término "rol de género" se refiere al concepto de la sociedad de cómo se espera que actúen los hombres y las mujeres. A medida que crecemos, aprendemos cómo comportarnos con quienes nos rodean. En este proceso de socialización, se les presenta a los niños ciertos roles que generalmente están vinculados a su sexo biológico. El término "rol de género" se refiere al concepto de la sociedad de cómo se espera que hombres y mujeres actúen y se comporten. Los roles de género se basan en normas o estándares creados por la sociedad. En la cultura estadounidense, los roles masculinos se han asociado tradicionalmente con la fuerza, la agresión y el dominio, mientras que los roles femeninos se han asociado tradicionalmente con la pasividad, la crianza y la subordinación.

Socialización de género

El proceso de socialización en el que los niños aprenden estos roles de género comienza al nacer. Hoy, nuestra sociedad se apresura a equipar a los bebés varones en azul y a las niñas en rosa, incluso aplicando estas etiquetas de género codificadas por colores mientras un bebé está en el útero. Es interesante notar que estas asociaciones de color con el género no siempre han sido lo que son hoy. Hasta principios del siglo XX, el rosa estaba realmente más asociado con los niños, mientras que el azul estaba más asociado con las niñas, lo que ilustra cuán socialmente construidas son realmente estas asociaciones.

La socialización de género ocurre a través de cuatro agentes principales: la familia, la educación, los grupos de amigos y los medios de comunicación. Cada agente refuerza los roles de género creando y manteniendo expectativas normativas para el comportamiento específico de género. La exposición también ocurre a través de agentes secundarios, como la religión y el lugar de trabajo. La exposición repetida a estos agentes a lo largo del tiempo lleva a las personas a una falsa sensación de que están actuando de forma natural en función de su género en lugar de seguir un papel socialmente construido.

Estereotipos de género, sexismo y aplicación de roles de género

Las actitudes y expectativas que rodean los roles de género no se basan típicamente en ninguna diferencia de género inherente o natural, sino en estereotipos de género o nociones demasiado simplificadas sobre las actitudes, rasgos y patrones de comportamiento de hombres y mujeres. Nos involucramos en estereotipos de género cuando hacemos cosas como asumir que una niñera adolescente sea una mujer.

Si bien es algo aceptable que las mujeres adopten una gama estrecha de características masculinas sin repercusiones (como vestirse con ropa tradicionalmente masculina), los hombres rara vez pueden adoptar características más femeninas (como usar faldas) sin el riesgo de acoso o violencia. Esta amenaza de castigo por salirse de las normas de género es especialmente cierta para aquellos que no se identifican como hombres o mujeres.

Figura 15.13: ¿Posarían las chicas así para una imagen? ¿Qué dice esto sobre los estereotipos de género? (Imagen en Pixabay)

Los estereotipos de género forman la base del sexismo, o las creencias prejuiciosas que valoran a los hombres sobre las mujeres. Las formas comunes de sexismo en la sociedad moderna incluyen expectativas de roles de género, como esperar que las mujeres sean las cuidadoras del hogar. El sexismo también incluye las expectativas de las personas sobre cómo deben comportarse los miembros de un grupo de género. Por ejemplo, se espera que las niñas y las mujeres sean amables, pasivas y educadas; cuando se comporta de manera hostil o asertiva, puede que no le guste o se le perciba como agresiva porque ha violado un rol de género (Rudman, 1998). Por el contrario, un niño u hombre que se comporta de una manera asertiva o poco amigable puede ser percibido como fuerte o incluso se gana el respeto en algunas circunstancias.[30]

Contribuyentes y atribuciones

22. Intersex by Wikipedia is licensed under CC BY-SA 3.0

24. Boundless Psychology - Gender and Sexuality references Curation and Revision by Boundless Psychology, con licencia CC BY-SA 4.0

25. The Genderbread Person v2.0 de Sam Killermann en dominio publico

27. Pronouns de Nonbinary Wiki con licencia CC BY-SA 4.0

30. Lifespan Development: A Psychological Perspective por Martha Lally and Suzanne Valentine-French con licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.4: Desarrollo de la identidad de género is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

La adolescencia es un período crucial en el desarrollo social, la investigación muestra que hay cuatro tipos principales de relaciones que influyen en un adolescente: los padres, los compañeros, la comunidad y la sociedad.

Padres y adolescentes: autonomía y apego

Si bien la mayoría de los adolescentes se llevan bien con sus padres, pasan menos tiempo con ellos (Smetana, 2011). Esta disminución en el tiempo que pasa con las familias puede ser un reflejo del mayor deseo de independencia o autonomía de un adolescente. Puede ser difícil para muchos padres lidiar con este deseo de autonomía. Sin embargo, es normal que los adolescentes se distancien cada vez más y establezcan relaciones fuera de sus familias en preparación para la edad adulta.

Los niños en la infancia media y tardía tienen cada vez más libertad para tomar decisiones básicas. Esto continúa en la adolescencia, ya que los adolescentes demandan más y más control sobre las decisiones que afectan sus vidas diarias. Los adolescentes creen que deberían manejar las áreas sobre las cuales los padres tenían un control considerable, lo que puede aumentar la tensión entre los padres y sus adolescentes. Sus argumentos a menudo se centran en cuestiones de una lucha de poder o conflicto en áreas tales como tareas domésticas, tareas, toque de queda, citas, apariencia personal y el derecho a la privacidad.

Figura 15.14: Los adolescentes tienen más conflictos con sus madres. (Image de Wikivisual con licencia CC BY-NC-SA 3.0)

A medida que los adolescentes crecen, se llega a un mayor compromiso entre padres y adolescentes (Smetana, 2011). Los adolescentes tienen más conflictos con sus madres, ya que muchas madres creen que aún deberían tener cierto control sobre muchas de estas áreas, pero a menudo dicen que sus madres son las que más los animan y apoyan. (Costigan, Cauce y Etchison, 2007). Los padres controlan más a las hijas, especialmente a las niñas que maduran antes de tiempo, que a los hijos (Caspi, Lynam, Moffitt y Silva, 1993). Además, la cultura y el origen étnico también juegan un papel en la restricción de los padres con la vida cotidiana de sus hijos (Chen, Vansteenkiste, Beyers, Soensens y Van Petegem, 2013).

Tener relaciones de apoyo y menos conflictivas con los padres también beneficia a los adolescentes. La investigación sobre el apego en la adolescencia revela que los adolescentes que aún están unidos de manera segura a sus padres tienen menos problemas emocionales (Rawatlal, Kliewer y Pillay, 2015), tienen menos probabilidades de involucrarse en el abuso de drogas y otros comportamientos criminales (Meeus, Branje y Overbeek, 2004), y de tener relaciones más positivas (Shomaker y Furman, 2009). Esto significa que tanto los padres como los adolescentes deben lograr un equilibrio entre la autonomía, al tiempo que mantienen relaciones familiares cercanas y afectuosas.[32]

La relación padre-hijo

La relación con los padres puede ser un factor atenuante de la influencia negativa de los compañeros. La comunicación de las reglas familiares y el estilo parental se han asociado inversamente con el consumo de sustancias, alcohol y tabaco durante la adolescencia. Esta influencia es esencial para el desarrollo de los adolescentes hasta la edad adulta. La comunicación entre padres y adolescentes surge como un factor protector para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Newman, Harrison & Dashiff, 2008).

Sen (2010) observó que las comidas familiares pueden ayudar a crear una relación más estrecha entre padres y adolescentes, al fortalecer una relación positiva y evitar ciertos comportamientos de riesgo, como el uso de sustancias entre las niñas y el consumo de alcohol, la violencia física y los robos, entre los niños. Estas diferencias entre los géneros pueden deberse a que las niñas le dan más importancia a las actividades familiares, pero no revelan que los niños sean indiferentes a ellas, solo que la relación entre los géneros puede diferir. Huebner y Howell (2003) verificaron que el monitoreo de los padres y la comunicación con los padres protegían a los adolescentes de ambos sexos de participar en conductas de riesgo.

Figura 15.15: Si este padre controla y se comunica con su hijo, puede reducir los comportamientos riesgosos del adolescente. (Imagen de moodboard con licencia CC BY 2.0)

El monitoreo parental se puede definir como el conocimiento de los padres sobre las actividades de sus hijos, con quién pasan el rato y qué hacen. Se ha asociado a la protección de diversos comportamientos de riesgo durante la adolescencia, como el uso de sustancias o los comportamientos sexuales. Cuanto mayor es el control de los padres, menor es la participación de los adolescentes en comportamientos riesgosos. Puede variar según la edad, el género o el origen étnico y generalmente disminuye con la edad (Westling, Andrews, Hampson & Peterson, 2008).[34]

Relaciones con compañeros y grupos de compañeros

Relaciones de compañeros

Además, los compañeros también sirven como una fuente importante de apoyo social y compañía durante la adolescencia. A medida que los niños se convierten en adolescentes, generalmente comienzan a pasar más tiempo con sus compañeros y menos tiempo con sus familias, y estas interacciones con los compañeros son cada vez menos supervisadas por los adultos. El nivel de influencia que los compañeros pueden tener sobre un adolescente hace que estas relaciones sean particularmente importantes en su desarrollo personal. Los adolescentes con relaciones positivas entre compañeros son más felices y están mejor ajustados que aquellos que están socialmente aislados o tienen relaciones conflictivas con sus compañeros.

Las nociones de amistad de los adolescentes se centran cada vez más en intercambios íntimos de pensamientos y sentimientos, que son importantes para formar amistades; estas amistades de alta calidad pueden mejorar el desarrollo del niño, independientemente de las características particulares de esos amigos. Además, los compañeros también sirven como una fuente importante de apoyo social y de compañía durante la adolescencia.

El grupo de compañeros puede servir como modelo e influir en los comportamientos y actitudes y también proporciona un fácil acceso, aliento y un entorno social apropiado para el consumo (Glaser, Shelton & Bree, 2010). La teoría del aprendizaje social sugiere que no es necesario que los adolescentes observen un comportamiento determinado y lo adopten; es suficiente percibir que el grupo de compañeros lo acepta, para poder optar por comportamientos similares (Petraitis, Flay y Miller, 1995).[35]

Los compañeros pueden cumplir funciones tanto positivas como negativas durante la adolescencia. Las relaciones con sus compañeros son oportunidades valiosas para que los adolescentes practiquen sus habilidades sociales y soluciones conflictos. Pero la presión negativa de los compañeros puede llevar a los adolescentes a tomar decisiones más arriesgadas o participar en comportamientos más problemáticos de lo que lo harían solos o en presencia de su familia. Uno de los aspectos más ampliamente estudiados de la influencia de los compañeros adolescentes se conoce como el contagio de compañeros desviados (Dishion & Tipsord, 2011), que es el proceso mediante el cual los compañeros refuerzan el comportamiento problemático al reír o mostrar otros signos de aprobación que luego aumentan la probabilidad de futuro comportamiento problemático.[36]

Los compañeros pueden determinar fuertemente la preferencia en la forma de vestirse, hablar, usar sustancias ilícitas, comportamiento sexual, adoptar y aceptar la violencia, adoptar comportamientos criminales y antisociales, y en muchas otras áreas de la vida del adolescente (Padilla, Walker & Bean, 2009; Tomé, Matos y Diniz, 2008). Un ejemplo de esto es que los motivos principales para el consumo de alcohol dado por los adolescentes están relacionados con eventos sociales, que generalmente tienen lugar en compañía de amigos, a saber: beber hace que las vacaciones sean más divertidas, facilita acercarse a los demás, ayuda a relajarse o facilita compartir experiencias y sentimientos (Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2005). Además, imitar comportamientos de riesgo puede ser mayor cuando el consumo comienza en el contexto de un evento social (Larsen, Engels, Souren, Granic & Overbeek, 2010).

Figura 15.16: Adolescentes bebiendo en una fiesta. (Image de theopie con licencia CC BY 2.0)

Por un lado, tener amigos permite compartir experiencias y sentimientos y aprender a resolver conflictos. No tener amigos, por el otro lado, conduce al aislamiento social y a contactos sociales limitados, ya que hay menos oportunidades para desarrollar nuevas relaciones y habilidades de interacción social.

La amistad también se asocia positivamente con el bienestar psicológico (Ueno, 2004). Las amistades más fuertes pueden proporcionar a los adolescentes un ambiente apropiado para el desarrollo de una manera saludable y para lograr buenos resultados académicos. Los adolescentes con amistades recíprocas tienen altos niveles de sentimiento de pertenencia en la escuela; al mismo tiempo, la reciprocidad y los sentimientos de pertenencia tienen efectos positivos en los resultados académicos (Vaquera y Kao, 2008).

La escuela es un entorno donde se promueven las relaciones interpersonales, que son importantes para el desarrollo personal y social de los jóvenes (Ruini et al., 2009); es responsable de la transmisión de normas y estándares de comportamiento y representa un papel esencial en el proceso de socialización del adolescente. La escuela puede reunir diferentes compañeros y promover la autoestima y un desarrollo armonioso entre los adolescentes, lo que lo convierte en un espacio privilegiado para reuniones e interacciones (Baptista, Tomé, Matos, Gaspar y Cruz, 2008). Los adolescentes pasan gran parte de su tiempo en la escuela, lo que también lo convierte en un contexto privilegiado para involucrarse o protegerse de comportamientos de riesgo (Piko y Kovács, 2010). Camacho, Tomé, Matos, Gamito y Diniz (2010) confirmaron que los adolescentes a quienes les gusta la escuela eran aquellos que con mayor frecuencia formaban parte de un grupo de compañeros sin involucrarse en conductas de riesgo; mientras que aquellos que mencionaron que no tenían amigos informaron que les gustaba menos la escuela y aquellos en conflicto con sus compañeros tuvieron resultados de salud más negativos.

Figura 15.17: Estas adolescentes están en un concierto. (Image by Eva Rinaldi is licensed under CC BY-SA 2.0)

A pesar de la influencia positiva del grupo de compañeros durante la adolescencia, cuanto mayor es la autonomía del adolescente con respecto al grupo de compañeros, mayor es su resistencia frente a su influencia. Esta capacidad de recuperación parece aumentar con la edad, lo que puede significar que está asociada con la madurez de los jóvenes; y las niñas emergen en varios estudios como más resistentes que los niños (Sumter, Bokhorst, Steinberg y Westenberg, 2009).

Otro factor que se puede encontrar en la influencia del grupo de pares es el tipo de amistad, que los adolescentes mantienen con su grupo de compañeros: si los amigos son cercanos, tienen una mayor influencia en los comportamientos del otro (Glaser, Shelton & Bree, 2010). Cuando la amistad se percibe como recíproca y de calidad, ejerce una mayor influencia (Mercken, Snijders, Steglich, Vartiainen & Vries, 2010). Otro factor, que se ha identificado como una posible forma de disminuir la influencia de los compañeros, es el rechazo asertivo. Los adolescentes que pueden mantener un rechazo asertivo son menos susceptibles a la influencia del grupo (Glaser, Shelton & Bree, 2010). Estas son solo algunas variables identificadas como posibles factores que disminuyen la influencia de los compañeros.[39]

Compañeros en grupos

Durante la adolescencia, es común tener amigos del sexo opuesto mucho más que en la infancia, los grupos de pares evolucionan principalmente de un solo sexo a un sexo mixto. Los adolescentes dentro de un grupo de pares tienden a ser similares entre sí en el comportamiento y las actitudes, lo que se ha explicado en función de la **homofilia**, es decir, los adolescentes que son similares

entre sí eligen pasar tiempo juntos en una “bandada de pájaros con plumas”. juntos ". Los adolescentes que pasan tiempo juntos también moldean el comportamiento de los demás.

Las multitudes son un nivel emergente de relaciones entre pares en la adolescencia. A diferencia de las amistades, que son relaciones diádicas recíprocas, y las **camarillas**, que se refieren a grupos de individuos que interactúan con frecuencia, las **multitudes** se caracterizan por su reputación o imágenes compartidas (quienes las personas *piensan* que son) . Las multitudes se refieren a diferentes colecciones de personas, como los "niños del teatro" o los "ambientalistas". En cierto modo, son como marcas de ropa que etiquetan a las personas asociadas con esa multitud.[40]

Figura 15.18 (Imagen de leonardo samrani está licenciada bajo CC BY 2.0)

Figura 15.19 (La imagen de Garry Knight tiene licencia CC BY 2.0)

Contribuyentes y atribuciones

32. Lifespan Development: A Psychological Perspective de Martha Lally and Suzanne Valentine-French con licencia CC BY-NC-SA 3.0

34. How Can Peer Group Influence the Behavior of Adolescents: Explanatory Model de Gina Tomé, Margarida Matos, Celeste Simões, José Diniz, and Inês Camacho con licencia CC BY 4.0

35. How Can Peer Group Influence the Behavior of Adolescents: Explanatory Model de Gina Tomé, Margarida Matos, Celeste Simões, José Diniz, and Inês Camacho con licencia CC BY 4.0

36. Boundless Psychology - Adolescence references Curation and Revision by Boundless Psychology, con licencia CC BY-SA 4.0

39. How Can Peer Group Influence the Behavior of Adolescents: Explanatory Model de Gina Tomé, Margarida Matos, Celeste Simões, José Diniz, and Inês Camacho con licencia CC BY 4.0

40. Desarrollo de vida útil - Módulo 7:Adolescence by Lumen Learning tiene licencia bajo CC BY 4.0

This page titled 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.6: Comunidad, sociedad y cultura

Hay ciertas características del desarrollo adolescente que están más arraigadas en la cultura que en la biología humana o las estructuras cognitivas. La cultura se aprende y se comparte socialmente, y afecta todos los aspectos de la vida de un individuo. Las responsabilidades sociales, la expresión sexual y el desarrollo del sistema de creencias, por ejemplo, pueden variar según la cultura. Además, muchas características distintivas de un individuo (como vestimenta, empleo, recreación e idioma) son todos productos de la cultura.

Figura 15.20: La cultura se aprende y se comparte socialmente. (Imagen por el sargento. Matthew Coleman-Foster es de dominio público)

Muchos factores que dan forma al desarrollo de los adolescentes varían según la cultura. Por ejemplo, el grado en que los adolescentes son percibidos como seres autónomos o independientes varía ampliamente en las diferentes culturas, al igual que los comportamientos que representan esta autonomía emergente. El estilo de vida de un adolescente en una cultura dada también está profundamente moldeado por los roles y responsabilidades que se espera que asuma. La medida en que se espera que un adolescente comparta las responsabilidades familiares, por ejemplo, es un factor determinante en el comportamiento normativo del adolescente. Se espera que los adolescentes en ciertas culturas contribuyan significativamente a las tareas y responsabilidades del hogar, mientras que a otros se les da más libertad o provienen de familias con más privilegios donde las responsabilidades son menores. Las diferencias entre las familias en la distribución de responsabilidades financieras o la provisión de subsidios pueden reflejar diversos antecedentes socioeconómicos, que están más influenciados por las normas y valores culturales.

Los adolescentes comienzan a desarrollar sistemas de creencias únicos a través de su interacción con entornos sociales, familiares y culturales. Estos sistemas de creencias abarcan todo, desde la religión y la espiritualidad hasta el género, la sexualidad, la ética del trabajo y la política. El rango de actitudes que una cultura adopta sobre un tema en particular afecta las creencias, los estilos de vida y las percepciones de sus adolescentes, y puede tener impactos tanto positivos como negativos en su desarrollo.

Desarrollo de identidad étnica

El desarrollo adolescente no necesariamente sigue el mismo camino para todos los individuos. Ciertas características de la adolescencia, particularmente con respecto a los cambios biológicos asociados con la pubertad y los cambios cognitivos asociados con el desarrollo del cerebro, son relativamente universales. Pero otras características de la adolescencia dependen en gran medida de circunstancias que son más variables ambientalmente. Por ejemplo, los adolescentes que crecen en un país pueden tener diferentes oportunidades para asumir riesgos que los adolescentes en un país diferente, y los apoyos y sanciones para diferentes comportamientos en la adolescencia dependen de leyes y valores que pueden ser específicos del lugar donde viven los adolescentes.

Figura 15.2: Estos valores de las familias y comunidades de estas adolescentes influirán en su desarrollo. (La imagen tiene licencia bajo CC0)

Las diferentes normas culturales con respecto a las relaciones familiares y de pares configuran las experiencias de los adolescentes en estos dominios. Por ejemplo, en algunos países, se espera que los padres de los adolescentes mantengan el control de las decisiones importantes, mientras que en otros países, se espera que los adolescentes comiencen a compartir o tomar el control de la toma de decisiones. Incluso dentro del mismo país, el género, el origen étnico, el estatus de inmigrante, la religión, la orientación

sexual, el nivel socioeconómico y la personalidad de los adolescentes pueden determinar tanto el comportamiento de los adolescentes como la forma en que otros responden a ellos, creando diversos contextos de desarrollo para diferentes adolescentes.[45]

La identidad étnica se refiere a cómo las personas llegan a un acuerdo con quiénes son en función de su origen étnico o ascendencia racial. "La tarea de formación de identidad étnica implica clasificar y resolver sentimientos y actitudes positivas y negativas sobre el propio grupo étnico y sobre otros grupos e identificar el lugar de uno en relación con ambos" (Phinney, 2006, p. 119). Cuando los grupos difieren en el estado de una cultura, los del grupo no dominante tienen que conocer las costumbres y los valores de los de la cultura dominante. Lo contrario rara vez es el caso. Esto hace que la identidad étnica sea mucho menos importante para los miembros de la cultura dominante.

En los Estados Unidos, los de ascendencia europea se dedican menos a la exploración de la identidad étnica que los de ascendencia no europea (Phinney, 1989). Sin embargo, según el Censo de los Estados Unidos (2012), más del 40% de los estadounidenses menores de 18 años pertenecen a minorías étnicas. Para muchos adolescentes de minorías étnicas, descubrir tal identidad es una parte importante para su formación. El modelo de formación de identidad étnica de Phinney se basa en el modelo de formación de identidad de Erikson y Marcia (Phinney, 1990; Syed y Juang, 2014). A través del proceso de exploración y compromiso, los individuos llegan a comprender y crear una identidad étnica.

Las tres etapas o estados de identidad étnica de Phinney

El modelo de formación de identidad étnica de Phinney se basa en el modelo de formación de identidad de Erikson y Marcia (Phinney, 1990; Syed y Juang, 2014). A través del proceso de exploración y compromiso, los individuos llegan a comprender y crear una identidad ética. Phinney sugiere tres etapas o estados con respecto a la identidad étnica:

Tabla 15.3 - Las tres etapas de identidad étnica de Phinney

Etapa	Descripciones
Nivel 1: Identidad étnica no examinada	Los adolescentes y adultos que no han estado expuestos a problemas de identidad étnica pueden estar en la primera etapa, identidad étnica no examinada. Esto a menudo se caracteriza por una preferencia por la cultura dominante, o donde el individuo ha pensado poco en la cuestión de su herencia étnica. Esto es similar a la difusión en el modelo de identidad de Marcia. En este grupo también se incluyen aquellos que han adoptado el origen étnico de sus padres y otros miembros de la familia con poca consideración sobre los problemas mismos, similar al estado de ejecución hipotecaria de Marcia (Phinney, 1990).
Etapa 2: Búsqueda de identidad étnica	Los adolescentes y los adultos que exploran las costumbres, la cultura y la historia de su grupo étnico se encuentran en la etapa de búsqueda de identidad étnica, similar al estado de moratoria de Marcia (Phinney, 1990). A menudo, algún evento "despierta" a un adolescente o adulto a su grupo étnico; ya sea una experiencia personal con prejuicios, un caso de alto perfil en los medios de comunicación, o incluso un evento más positivo que reconoce la contribución de alguien del grupo étnico del individuo. Los adolescentes y los adultos en esta etapa se sumergirán en su cultura étnica. Para algunos, "puede conducir a un rechazo de los valores de la cultura dominante" (Phinney, 1990, p. 503).

Etapa 3: Identidad étnica lograda	Es probable que aquellos que han explorado activamente su cultura tenga una apreciación y comprensión más profundas de su herencia étnica, lo que lleva al progreso hacia una identidad étnica lograda (Phinney, 1990). Una identidad étnica lograda no implica necesariamente que el individuo esté muy involucrado en las costumbres y valores de su cultura étnica. Uno puede confiar en su identidad étnica sin querer mantener el idioma u otras costumbres.

El desarrollo de la identidad étnica lleva tiempo, ya que aproximadamente el 25% de los estudiantes de décimo grado de minorías étnicas han explorado y resuelto los problemas (Phinney, 1989). Cuanto más étnicamente **homogénea es** la escuela secundaria, menos exploración y logro de identidad habrá (Umana-Taylor, 2003). Además, incluso en las escuelas secundarias con mayor diversidad étnica, los adolescentes tienden a pasar más tiempo con su propio grupo, lo que reduce la exposición a otras etnias. Esto puede explicar por qué, para muchos, la universidad se convierte en el momento de la exploración de identidad étnica. "[La] transición a la universidad puede servir como una experiencia de concienciación que desencadena la exploración" (Syed y Azmitia, 2009, p. 618).

También es importante tener en cuenta que quienes logran la identidad étnica pueden reexaminar periódicamente los problemas de etnicidad. Este ciclo entre exploración y logro es común no solo para la formación de identidad étnica, sino también en otros aspectos del desarrollo de identidad (Grotevant, 1987) y se hace referencia a él (de la Teoría de Marcia: Etapas de identidad) como **MAMA Cycling** o yendo y viniendo entre la moratoria y el logro.[46]

Identidad Bicultural/Multirracial

Las minorías étnicas deben luchar con la cuestión de cómo y en qué medida se identificarán con la cultura de su entorno, por lo tanto, con la sociedad y con la cultura de su familia. Phinney (2006) sugiere que las personas pueden manejarlo de diferentes maneras. Algunos pueden mantener las identidades separadas, otros pueden combinarlas de alguna manera, mientras que otros pueden rechazar algunas de ellas.

La identidad bicultural significa que los individuos se ven a sí mismos como parte del grupo minoritario étnico y de la sociedad en general. Aquellos que son **multirraciales**, es decir, cuyos padres provienen de dos o más grupos étnicos o raciales, tienen una tarea más desafiante. En algunos casos, su apariencia puede ser ambigua. Esto puede llevar a que otros les pidan constantemente que se clasifiquen a sí mismos. Phinney (2006) señala que el proceso de formación de identidad puede comenzar antes y tardar más en realizarse en aquellos que no son **de una sola raza** o de una sola etnia.[47]

Figura 15.22: Una familia bicultural. (La imagen (tomada del video) por ISSH está licenciada bajo CC BY 3.0

Contribuyentes y atribuciones

45. Desarrollo adolescente de Jennifer Lansford está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0

46. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

47. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.6: Comunidad, sociedad y cultura is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes

Los medios de comunicación son otro agente de socialización que influye en nuestros puntos de vista políticos; nuestros gustos en cultura popular; nuestras opiniones sobre mujeres, personas de color y la comunidad LGBTQ +; y muchas otras creencias y prácticas. En una controversia en curso, a menudo se culpa a los medios de comunicación por la violencia juvenil y muchos otros males de la sociedad. El niño promedio ve miles de actos de violencia en la televisión y en las películas antes de llegar a la edad adulta. Las letras de rap a menudo parecen exaltar la violencia fea, incluida la violencia contra las mujeres. Los comerciales pueden influir en gran medida en nuestra elección de refrescos, zapatos y muchos otros productos. Los medios de comunicación también pueden reforzar los estereotipos raciales y de género, incluida la creencia de que las mujeres son objetos sexuales y objetivos adecuados de la violencia masculina. En la Encuesta social general (GSS), aproximadamente el 28% de los encuestados dijo que ven cuatro o más horas de televisión todos los días, mientras que otro 46% ve 2-3 horas diarias (consulte "Número promedio de horas de televisión que se ven diariamente") . Los medios de comunicación ciertamente son una fuente importante de socialización que era inimaginable hace medio siglo.

Figura 15.23: Tiempo de visualización diaria de televisión. (Datos de la Encuesta social general, 2008. Imagen de Ian Joslin bajo licencia CC BY 4.0)

A medida que los medios socializan a niños, adolescentes e incluso adultos, una pregunta clave es hasta qué punto la violencia en los medios causa violencia en nuestra sociedad. Los estudios constantemente descubren una fuerte correlación entre mirar programas de televisión y películas violentas y cometer violencia. Sin embargo, esto no significa necesariamente que observar la violencia realmente cause un comportamiento violento: tal vez las personas ven la violencia porque ya están interesadas en ella y tal vez incluso la cometan. Los académicos continúan debatiendo el efecto de la violencia en los medios sobre la violencia juvenil. En una sociedad libre, esta pregunta es especialmente importante, ya que la creencia en este efecto ha provocado llamados a monitorear los medios y la prohibición de ciertos actos de violencia. Los libertarios civiles argumentan que tales llamados huelen a censura que viola la Primera Enmienda a la Constitución, mientras que otros argumentan que caen dentro de la Primera Enmienda y crearían una sociedad más segura. Ciertamente, la preocupación y el debate sobre la violencia en los medios de comunicación continuarán en los próximos años.[50]

Contribuyentes y atribuciones

50. Sociología:Edición breve - Agentes de socialización por Steven E. Barkan está licenciado bajo CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.8: Desarrollo de la identidad sexual

Citas y relaciones románticas

La adolescencia es el período de desarrollo durante el cual las relaciones románticas generalmente emergen por primera vez. Al final de la adolescencia, la mayoría de los adolescentes estadounidenses han salido con otros y han tenido al menos una relación romántica (Dolgin, 2011). Sin embargo, la cultura juega un papel importante ya que los asiáticos y las latinas tienen menos probabilidades de salir que otros grupos étnicos (Connolly, Craig, Goldberg y Pepler, 2004). Las citas tienen muchos propósitos para los adolescentes, incluyendo diversión, compañía, estatus, socialización, intimidad, experimentación sexual y selección de pareja para aquellos en la adolescencia tardía (Dolgin, 2011). Hay varias etapas en el proceso de citas, comenzando con la participación en actividades grupales mixtas en la adolescencia temprana (Dolgin, 2011).

Tabla 15.4 - Relaciones románticas en la adolescencia

Años	Relación
Adolescencia temprana	Las relaciones románticas a menudo se forman en el contexto de estos grupos de pares de sexo mixto (Connolly, Furman y Konarski, 2000). Interactuar en grupos de sexo mixto es más fácil para los adolescentes, ya que se encuentran entre un grupo de amigos de apoyo, pueden observar a otros interactuando y se mantienen a salvo de intimar demasiado pronto.
Adolescencia media	A mediados de la adolescencia, los adolescentes participan en citas breves e informales, o en citas grupales con otras parejas (Dolgin, 2011).
Adolescencia tardía	Al final de la adolescencia, las citas implican relaciones exclusivas e intensas que son de corta duración o son asociaciones comprometidas a largo plazo, de cualquier manera, su importancia no debe minimizarse. Los adolescentes pasan mucho tiempo centrados en las relaciones románticas o la falta de ellas. Sus emociones positivas y negativas están vinculadas a este intenso interés más que a las amistades, las relaciones familiares o la escuela (Furman y Shaffer, 2003).

Además, las relaciones románticas están centralmente conectadas con la sexualidad emergente de los adolescentes. Los padres, los encargados de formular políticas y los investigadores han dedicado una gran atención a la sexualidad de los adolescentes, en gran parte debido a las preocupaciones relacionadas con las relaciones sexuales, la anticoncepción y la prevención de embarazos de adolescentes. Sin embargo, la sexualidad implica más que este enfoque limitado, por ejemplo, la adolescencia es la etapa donde las personas que son lesbianas, homosexuales, bisexuales o transgénero llegan a comprender y definir cuál es su identidad sexual (Russell, Clarke y Clary, 2009). Por lo tanto, las relaciones románticas son un dominio en el que los adolescentes experimentan con nuevos comportamientos e identidades.[51]

Figura 15.24: Las relaciones románticas emergen en la adolescencia. (Imagen de Djim Loic en Unsplash)

Violencia de alguien que conoces

La violencia se puede cometer contra alguien que la víctima conoce bien, conocido como íntimo, de muchas maneras: un íntimo puede golpear con los puños, abofetear con la mano abierta, lanzar un objeto, empujar, o usar o amenazar con usar un arma. Si bien nunca podemos estar seguros del número exacto de personas íntimas que son atacadas, el Departamento de Justicia de EE. UU. realizo una encuesta Nacional de Victimización del Crimen donde, estima que, casi 600,000 actos de violencia (datos de 2008) son cometidos anualmente por un íntimo contra otro íntimo. [53]

Según una hoja informativa de la Coalición Nacional contra la Violencia Doméstica que compiló los resultados de varios estudios:

- En 2013, el 35% de los alumnos de 10º grado informaron que habían sido abusados física o verbalmente y el 31% informaron haber cometido dicho abuso.
- En 2014, el 10% de los estudiantes adolescentes en relaciones de pareja informaron haber sido obligados a tener relaciones sexuales en el año anterior.
- En 2015, el 20.9% de las mujeres y el 13.4% de los estudiantes de secundaria masculinos informaron haber sido agredidos física o sexualmente por un compañero de citas.
- Pero solo el 33% de las víctimas de abuso de citas en adolescentes informaron haberle contado a alguien (según un estudio de 2005) [54]

Un informe de 2010 de los CDC muestra imágenes más grandes de la violencia de pareja.

- 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 4 mujeres han sido víctimas de alguna forma de violencia física por parte de una pareja íntima en su vida
- 1 de cada 7 mujeres y 1 de cada 18 hombres han sido acosados por una pareja íntima hasta el punto de que temían por su seguridad [55]

Figura 15.25: Casi una cuarta parte de las mujeres estadounidenses han sido agredidas físicamente por un cónyuge o pareja. (Imagen de Kat J en Unsplash)

Este tema es importante porque "la violencia doméstica prevalece en todas las comunidades y afecta a todas las personas independientemente de su edad, condición socioeconómica, Orientación sexual, género, raza, religión o nacionalidad. La violencia física a menudo va acompañada de un comportamiento emocionalmente abusivo y controlador como parte de un patrón mucho más amplio y sistemático de dominación y control. La violencia doméstica puede provocar lesiones físicas, traumas psicológicos e incluso la muerte. Las devastadoras consecuencias de la violencia doméstica pueden atravesar generaciones y durar toda la vida". [57]

Orientación sexual

La **orientación sexual de** una persona es su atracción emocional y sexual hacia un sexo o género en particular. Un patrón continuo de atracción romántica o sexual (o una combinación de estos) hacia personas de un sexo o género dado. Según la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) (2016), la orientación sexual también se refiere al sentido de identidad de una persona basada en esas atracciones, comportamientos relacionados y pertenencia a una comunidad de otras personas que comparten esas atracciones. Alguna orientación específica se define de muchas maneras, incluida la **heterosexualidad** (atracción hacia el sexo / género opuesto), la atracción hacia el **mismo sexo** (anteriormente conocida como **homosexualidad** , que es un término desactualizado que muchas personas consideran ofensivo porque previamente se clasificó como mental enfermedad), **bisexualidad** , **polisexualidad** o **pansexualidad** (atracción a dos, múltiples o todos los sexos / géneros, respectivamente) y **asexualidad** (sin atracción sexual a ningún sexo / género).

Orientación sexual en un continuo

El investigador de sexualidad Alfred Kinsey fue uno de los primeros en conceptualizar la sexualidad como un continuo en lugar de una estricta dicotomía entre homosexuales o heterosexuales. Para clasificar este continuo de heterosexualidad y homosexualidad, Kinsey et al. (1948) crearon una escala de calificación de siete puntos que varió de exclusivamente heterosexual a exclusivamente homosexual. La investigación realizada durante varias décadas ha respaldado esta idea de que la orientación sexual varía a lo largo de un continuo, desde la atracción exclusiva al sexo / género opuesto a la atracción exclusiva al mismo sexo / género (Carroll, 2016).

Una mirada más contemporánea a la orientación sexual como variaciones infinitas de atracción. Un examen más detallado de The Genderbread Person v2.0 presentado anteriormente en el capítulo ilustra esto:

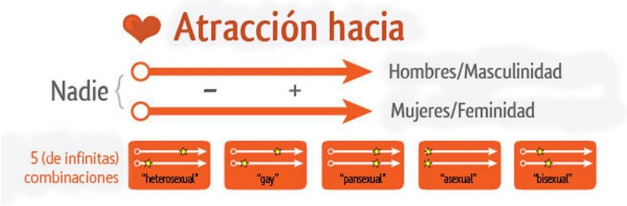


Figura 15.26: Un espectro de orientación sexual. (Imagen por se pronuncia METROsexual)

Desarrollo de la orientación sexual

Según la comprensión científica actual, los individuos generalmente son conscientes de su orientación sexual entre la infancia media y la adolescencia temprana. Sin embargo, este no es siempre el caso, y algunos no se dan cuenta de su orientación sexual hasta mucho más tarde en la vida. No es necesario participar en la actividad sexual para estar al tanto de estas atracciones emocionales, románticas y físicas; las personas pueden ser célibes y aún reconocer su orientación sexual. Algunos investigadores sostienen que la orientación sexual no es estática e innata, sino que es fluida y cambiante a lo largo de la vida.

Figura 15.27: Esta pareja de adolescentes está en un evento de LGBTQIA. (Imagen de Beatrice Murch bajo licencia CC BY 2.0)

No hay consenso científico con respecto a las razones exactas por las cuales un individuo tiene una orientación sexual particular. La investigación ha examinado posibles influencias biológicas, del desarrollo, sociales y culturales en la orientación sexual, pero no ha habido evidencia que vincule la orientación sexual con un factor (APA, 2016). Las explicaciones biológicas, que incluyen la genética, las hormonas y el orden de nacimiento, se explorarán más a fondo. La exposición excesiva o deficiente a las hormonas durante el desarrollo prenatal también se ha teorizado como una explicación para la orientación sexual. Un tercio de las mujeres expuestas a cantidades anormales de andrógenos prenatales, una condición llamada hiperplasia suprarrenal congénita (CAH), se identifican como bisexuales o lesbianas (Cohen-Bendahan, van de Beek y Berenbaum, 2005). En contraste, una exposición demasiado baja a los andrógenos prenatales puede afectar la orientación sexual masculina (Carlson, 2011).

Discriminación por orientación sexual: Estados Unidos es **heteronormativo**, lo que significa que la sociedad apoya la heterosexualidad como norma. Considere, por ejemplo, que a los homosexuales a menudo se les pregunta: "¿Cuándo sabían que eran homosexuales?" pero rara vez se pregunta a los heterosexuales: "¿Cuándo supiste que eras heterosexual?" (Ryle, 2011). Vivir en una cultura que privilegia la heterosexualidad tiene un impacto significativo en las formas en que las personas no heterosexuales pueden desarrollar y expresar su sexualidad.

Comprender los acrónimos: LGBT, LGBTQ, LGBTQ +

Las letras LGBT se refieren a un grupo de personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales y transgénero. Esta comunidad incluye un grupo diverso de personas de todos los orígenes, razas, etnias, edades y estados socioeconómicos.

Una pequeña historia

LGB se utilizó para reemplazar el término "Gay" a mediados de la década de 1980, pero el acrónimo LGBT se hizo común en la década de 1990. Sin embargo, recientemente el término ha evolucionado con el acrónimo preferido de LGBTQ. La "Q" agregada significa Interrogatorio o Queer. La adición de "Q" como término de preguntas incluye a las personas que están en el proceso de explorar su género u orientación sexual.

Además, el término "Queer" se puede usar como un término general, ya que la comunidad ha aceptado esta palabra para representar cualquier cosa fuera de la narrativa dominante. Queer no es específico a la orientación sexual o identidad de género y puede usarse para referirse a la comunidad en su conjunto. Si bien Queer se usó como un término despectivo durante décadas, fue reclamado por la comunidad LGBTQ en la década de 1990 con el surgimiento de una organización llamada Queer Nation. Como grupo activista de Nueva York, Queer Nation se opuso a la discriminación de la comunidad LGBTQ y rechazó los ideales heteronormativos de la sociedad.

¿Qué significa el signo más?

Recientemente, LGBTQ también se usa como **LGBTQ +.** El signo más, "+" representa muchas identificaciones adicionales en la comunidad, incluidas las transexuales, de dos espíritus, intersexuales, asexuales, pansexuales y de género. Gender Queer es un término general que se puede utilizar para todas las identidades de género que no son exclusivas de masculino o femenino, incluidos los fluidos de género, agenda, bigender, género de género, género libre, género, variante de género y género no conforme. El plus también incluye aliados o personas en apoyo de la comunidad LGBTQ.

Si bien LGBTQ + o Queer son actualmente los términos más comunes, también se puede usar el término Comunidad Rainbow. La conclusión importante es que la comunidad **continuará evolucionando y la terminología evolucionará con ella.**[60]

La identificación abierta de la orientación sexual puede verse obstaculizada por la **homofobia,** que abarca una gama de actitudes y sentimientos negativos hacia la homosexualidad o las personas identificadas o percibidas como lesbiana, gay, bisexual o transgénero (LGBT). Se puede expresar como antipatía, desprecio, prejuicio, aversión u odio; Puede estar basado en el miedo irracional y a veces está relacionado con creencias religiosas (Carroll, 2016). La homofobia es observable en el comportamiento crítico y hostil, como la discriminación y la violencia sobre la base de orientaciones sexuales que no son heterosexuales. Los tipos reconocidos de homofobia incluyen la homofobia **institucionalizada**, como la **homofobia** religiosa y patrocinada por el estado, y **la homofobia internalizada** en la que las personas con atracciones del mismo sexo internalizan o creen los puntos de vista negativos de la sociedad y / o el odio hacia sí mismos.

Las personas homosexuales, lesbianas y bisexuales experimentan regularmente estigma, acoso, discriminación y violencia en función de su orientación sexual (Carroll, 2016). La investigación ha demostrado que los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales tienen un mayor riesgo de depresión y suicidio debido a la exclusión de los grupos sociales, el rechazo de sus pares y la familia, y las representaciones negativas de los homosexuales en los medios de comunicación (Bauermeister et al., 2010). La discriminación puede ocurrir en el lugar de trabajo, en la vivienda, en las escuelas y en numerosos entornos públicos. Gran parte de esta discriminación se basa en estereotipos y desinformación. Las principales políticas para prevenir la discriminación basada en la orientación sexual solo han entrado en vigencia en los Estados Unidos en los últimos años.[61]

Figura 15.28: Este es un ejemplo de discriminación que se representa en una obra de teatro de la escuela secundaria. Estos estudiantes de la Escuela Secundaria Mercer Island interpretan a los manifestantes de la Iglesia Bautista de Westboro en la obra *The Laramie Project* que cuenta la historia del asesinato de un estudiante universitario gay, Matthew Shephard. (Imagen de Jeff Hitchcock bajo licencia CC BY 2.0)

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad humana se refiere al interés sexual de las personas y su atracción hacia los demás, así como a su capacidad para tener experiencias y respuestas eróticas. La sexualidad se puede experimentar y expresar de varias maneras, incluidos pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Estos pueden manifestarse en aspectos biológicos, físicos, emocionales, sociales o espirituales. Los aspectos biológicos y físicos de la sexualidad se refieren principalmente a las funciones reproductivas humanas, incluido el ciclo de respuesta sexual humana y el impulso biológico básico que existe en todas las especies. Los aspectos emocionales de la sexualidad incluyen vínculos entre individuos que se expresan a través de sentimientos profundos o manifestaciones físicas de amor, confianza y cuidado. Los aspectos sociales se ocupan de los efectos de la sociedad humana en la sexualidad de uno, mientras que la espiritualidad se refiere a la conexión espiritual de un individuo con otros a través de la sexualidad. La sexualidad también impacta y se ve afectada por aspectos culturales, políticos, legales, filosóficos, morales, éticos y religiosos de la vida.

El ciclo de respuesta sexual humana: La motivación sexual, a menudo denominada **libido**, es el deseo sexual general de una persona o su deseo de actividad sexual. Esta motivación está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales. En la mayoría de las especies de mamíferos, las hormonas sexuales controlan la capacidad de participar en comportamientos sexuales. Sin embargo, las hormonas sexuales no regulan directamente la capacidad *de tener relaciones sexuales* o **copular** en primates (incluidos los humanos); más bien, son solo una influencia en la motivación para participar en comportamientos sexuales. Los

factores sociales, como el trabajo y la familia también tienen un impacto, al igual que los factores psicológicos internos como la personalidad y el estrés. El deseo sexual también puede verse afectado por hormonas, afecciones médicas, medicamentos, estrés en el estilo de vida, embarazo y problemas de relación.

El **ciclo de respuesta sexual humana** es un modelo que describe las respuestas fisiológicas que tienen lugar durante la actividad sexual. Según Kinsey, Pomeroy y Martin (1948), el ciclo consta de cuatro fases: emoción, meseta, orgasmo y resolución.

Tabla 15.5 Ciclo de respuesta sexual humana

Fase	Descripción
Fase de emoción	Fase en la que surge la motivación intrínseca (interna) para perseguir el sexo
Fase de meseta	Período de excitación sexual con aumento de la frecuencia cardíaca y la circulación que prepara el escenario para el orgasmo
Fase del orgasmo	Clímax
Fase de resolución	Estado de no excitación antes de que el ciclo comience nuevamente

Opiniones sociales sobre la sexualidad: Las opiniones de la sociedad sobre la sexualidad están influenciadas por todo, desde la religión hasta la filosofía, y han cambiado a lo largo de la historia y evolucionan continuamente. Históricamente, la religión ha sido la mayor influencia en el comportamiento sexual en los Estados Unidos; sin embargo, en años más recientes, los pares y los medios de comunicación se han convertido en dos de las influencias más fuertes, particularmente entre los adolescentes estadounidenses (Potard, Courtois y Rusch, 2008).

Influencias de los medios en la sexualidad: Los medios de comunicación en forma de televisión, revistas, películas, música, en línea, etc., continúan dando forma a lo que se considera una sexualidad apropiada o normal, apuntando a todo, desde la imagen corporal hasta los productos destinados a mejorar el atractivo sexual. Los medios sirven para perpetuar una serie de guiones sociales sobre las relaciones sexuales y los roles sexuales de hombres y mujeres, muchos de los cuales han demostrado tener efectos tanto empoderadores como problemáticos en el desarrollo de las identidades sexuales y las actitudes sexuales de las personas (especialmente las mujeres).

Diferencias culturales con la sexualidad: En Occidente, el sexo prematrimonial es normativo a fines de la adolescencia, más de una década antes de que la mayoría de las personas contraigan matrimonio. En los Estados Unidos y Canadá, y en el norte y este de Europa, la convivencia también es normativa; la mayoría de las personas tienen al menos una sociedad de convivencia antes del matrimonio. En el sur de Europa, la convivencia sigue siendo tabú, pero el sexo prematrimonial se tolera en la adultez emergente. En contraste, tanto el sexo prematrimonial como la convivencia siguen siendo raros y prohibidos en toda Asia. Incluso las citas se desaconsejan hasta finales de los años veinte, cuando sería el preludio de una relación seria que conduzca al matrimonio. En las comparaciones interculturales, alrededor de las tres cuartas partes de los adultos emergentes en los Estados Unidos y Europa informan haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales a los 20 años, frente a menos de una quinta parte en Japón y Corea del Sur (Hatfield y Rapson, 2006).[63]

Contribuyentes y atribuciones

51. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French está autorizada bajo CC BY-NC-SA 3.0 ; Desarrollo de vida útil - Módulo 7:Adolescence by Lumen Learning tiene licencia bajo CC BY 4.0

53. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

Desarrollo de vida útil - Módulo 7:Adolescence by Lumen Learning tiene licencia bajo CC BY 4.0

54. Abuso de citas y violencia adolescente (sf). Recuperado de https://www.speakcdn.com/assets/2497/dating_abuse_and_teen_violence_ncadv.pdf

55. ¿Quién hace qué a quién? Determinación del agresor central en las relaciones donde existe violencia doméstica. (Dakota del Norte). Recuperado de https://www.speakcdn.com/assets/2497/who_is_doing_what_to_whom.pdf

57. Red Nacional de Estrés Traumático Infantil. (Dakota del Norte). *Mes nacional de concientización sobre la violencia doméstica* . Recuperado de https://www.nctsn.org/resources/public-awareness/national-domestic-violence-awareness-month

60. Comprender los acrónimos: LGBT, LGBTQ, LGBTQ +. (2019) Recuperado de https://www.horizon-health.org/blog/2019/01/understanding-the-acronym-lgbtq/

61. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

Boundless Psychology: referencias de género y sexualidad Curation and Revision de Boundless Psychology, que está licenciada bajo CC BY-SA 4.0

63. Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.8: Desarrollo de la identidad sexual is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

Matones, víctimas y espectadores

La intimidación se define como un comportamiento agresivo no deseado entre los niños en edad escolar que implica un desequilibrio de poder real o percibido. Además, el comportamiento agresivo ocurre más de una vez o tiene el potencial de repetirse. Existen diferentes tipos de acoso escolar. Se detallan en la tabla a continuación.

15.6 - Tipos de acoso

Tipo de intimidación	Descripción
Acoso verbal	Incluye decir o escribir cosas malas, burlas, insultos, burlas, amenazas o comentarios sexuales inapropiados.
Acoso social (también conocido como acoso relacional)	Incluye difundir rumores avergonzando a alguien a propósito, incluso excluirlo deliberadamente de un grupo
Acoso físico	Incluye lastimar el cuerpo o las posesiones de una persona.
Acoso cibernético	Implica tecnología electrónica. Los ejemplos de acoso cibernético incluyen el envío de mensajes de texto o correos electrónicos malos, la creación de perfiles falsos y la publicación de imágenes, videos o rumores embarazosos en sitios de redes sociales.

Figura 15.29: Ciberacoso. (Imagen de Vivianlee2005 bajo licencia CC BY-SA 3.0)

El efecto espectador

La discusión sobre el acoso destaca el problema de los testigos que no intervienen para ayudar a una víctima. Los investigadores Latané y Darley (1968) describieron un fenómeno llamado efecto espectador. El efecto de espectador es un fenómeno en el que un testigo o espectador no se ofrece como voluntario para ayudar a una víctima o persona en peligro. En cambio, solo observa lo que está sucediendo. Los psicólogos sociales sostienen que tomamos estas decisiones en función de la situación social, no de nuestras propias variables de personalidad. ¿Por qué crees que los transeúntes no reciben ayuda? ¿Cuáles son los beneficios de ayudar? ¿Cuáles son los riesgos? Es muy probable que haya enumerado más costos que beneficios para ayudar. En muchas situaciones, los transeúntes probablemente temían por sus propias vidas: si acudían a ayudar, el atacante podría dañarlos. Sin embargo, ¿qué tan difícil sería hacer una llamada telefónica a la policía? Los psicólogos sociales afirman que la difusión de la responsabilidad es la explicación probable. La difusión de la responsabilidad es la tendencia de que ninguno en un grupo ayude porque la responsabilidad de ayudar se extiende a todo el grupo (Bandura, 1999). ¿Alguna vez pasó un accidente en la autopista y asumió que una víctima o, ciertamente, otro automovilista ya ha denunciado el accidente? En general, cuanto mayor sea el número de espectadores, es menos probable que una persona ayude.[65]

Contribuyentes y atribuciones

65. Psicología - 12.6 Agresión por OpenStax tiene licencia CC BY 4.0

This page titled 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil

Comportamientos antisociales

Según la Academia Estadounidense de Psiquiatría (2018),

> *La mayoría de los niños se comportarán mal o se volverán perturbadores o desafiantes a veces. Sin embargo, los trastornos disruptivos y de conducta involucran comportamientos mucho más severos y duraderos que los episodios típicos de corta duración. Los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta se refieren a un grupo de trastornos que incluyen trastorno de oposición desafiante, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, cleptomanía y piromanía. Estos trastornos pueden hacer que las personas se comporten con enojo o agresividad hacia las personas o la propiedad. Pueden tener dificultades para controlar sus emociones y comportamiento y pueden infringir reglas o leyes. Se estima que el 6 por ciento de los niños se ven afectados por el trastorno de oposición desafiante o el trastorno de conducta.*[66]

Trastorno de oposición desafiante (ODD): Hay un patrón recurrente de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad. Es importante recordar que se trata de figuras de autoridad y no de sus pares. Esto ocurre fuera de los niveles normales de desarrollo y conduce a un deterioro en el funcionamiento (Lack, 2010).[67]

Trastorno de conducta (CD): Los niños con trastorno de conducta (CD) muestran actos de agresión hacia otros y animales. Los niños con trastorno de conducta (EC) generalmente muestran poca o ninguna compasión o preocupación por los demás a sus sentimientos. Además, la preocupación por el bienestar de los demás es mínima. Los niños también perciben las acciones e intenciones de los demás como más dañinas y amenazantes de lo que realmente son y responden con lo que consideran una agresión razonable y justificada. Pueden carecer de sentimientos de culpa o remordimiento. Dado que estos individuos aprenden que expresar culpa o remordimiento puede ayudar a evitar o disminuir el castigo, puede ser difícil evaluar cuándo su culpa o remordimiento es genuino. Las personas también intentarán culpar a otros por las acciones incorrectas que cometieron.

Figura 15.30: Los niños con trastornos de conducta muestran actos de agresión hacia otros y animales. (Imagen de AnnaKovalchuck en Pixabay)

Los niños con trastornos de conducta (EC) tienden a tener niveles más bajos de autoestima. Los niños diagnosticados con trastornos de conducta (EC) generalmente se caracterizan por ser fácilmente irritables y a menudo imprudentes, además de tener muchos berrinches a pesar de su imagen "dura" proyectada para la sociedad. El trastorno de conducta (CD) a menudo acompaña a la aparición temprana de conductas sexuales, consumo de alcohol, tabaco, uso de drogas ilegales y actos imprudentes. El uso ilegal de drogas puede aumentar el riesgo de que el trastorno persista. El trastorno puede conducir a la suspensión o expulsión de la escuela, problemas en el trabajo, dificultades legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no planificado y lesiones por peleas o accidentes. La ideación suicida y los intentos ocurren a un ritmo más alto de lo esperado.[69]

Contribuyentes y atribuciones

66. ¿Qué son los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta? (Dakota del Norte). Recuperado de https://www.psychiatry.org/patients-families/disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders/what-are-disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders.

67. Psicología anormal: referencias de psicología infantil Psicología anormal:Un e-texto! por Caleb Lack, que está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0

Beginning Psychology por Charles Stangor tiene licencia bajo CC BY-NC-SA 3.0

69. Psicología anormal: referencias de psicología infantil Psicología anormal:Un e-texto! por Caleb Lack, que está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0

This page titled 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.11: Violencia y abuso

La violencia y el abuso se encuentran entre los desafíos más desconcertantes que enfrentan las familias de hoy. El abuso puede ocurrir entre cónyuges, entre padres e hijos, así como entre otros miembros de la familia. La frecuencia de la violencia entre familias es difícil de determinar porque muchos casos de abuso conyugal y abuso infantil no se denuncian. En cualquier caso, los estudios han demostrado que el abuso (denunciado o no) tiene un gran impacto en las familias y la sociedad en general.[70]

Abuso infantil y en la adolescencia

Los niños y adolescentes se encuentran entre las víctimas de abuso más indefensas. En 2010, hubo más de 3.3 millones de informes de abuso infantil que involucraron a aproximadamente 5.9 millones de niños (Child Help 2011). Tres quintos de los informes de abuso infantil son realizados por profesionales, incluidos maestros, personal de aplicación de la ley y personal de servicios sociales. El resto lo hacen fuentes anónimas, otros parientes, padres, amigos y vecinos. El abuso infantil puede presentarse en varias formas, la más común es la negligencia (78.3 por ciento), seguida de abuso físico (10.8 por ciento), abuso sexual (7.6 por ciento), maltrato psicológico (7.6 por ciento) y negligencia médica (2.4 por ciento) (Niño Ayuda 2011). Algunos niños sufren de una combinación de estas formas de abuso. La mayoría (81.2 por ciento) de los perpetradores son padres; 6.2 por ciento son otros parientes.[71]

Figura 15.31: Los niños y adolescentes se encuentran entre las víctimas de abuso más indefensas. (Imagen de Bruce Tuten está licenciada bajo CC BY 2.0)

¿El castigo corporal constituye abuso infantil?

El abuso físico en los niños puede venir en forma de golpes, patadas, lanzamientos, asfixia, golpes con objetos, quemaduras u otros métodos. La lesión infligida por tal comportamiento se considera abuso incluso si el padre o el cuidador no pretendían dañar al niño. Otros tipos de contacto físico que se caracterizan como disciplina (azotes, por ejemplo) no se consideran abuso siempre que no se produzcan lesiones (Child Welfare Information Gateway 2008).

Este tema es bastante controvertido entre las personas de hoy en día en los Estados Unidos. Mientras que algunos padres sienten que la disciplina física, o el castigo corporal, es una forma efectiva de responder al mal comportamiento, otros sienten que es una forma de abuso. Según una encuesta realizada por ABC News, el 65 por ciento de los encuestados aprueba las nalgadas y el 50 por ciento dijo que a veces les pega a sus hijos. Pero en los Estados Unidos, la mayoría de los profesionales de la salud mental, así como otros profesionales como los médicos y el personal de bienestar infantil, no apoyan el uso del castigo físico.

La tendencia hacia el castigo físico puede verse afectada por la cultura y la educación. Los que viven en el sur tienen más probabilidades que los que viven en otras regiones de azotar a sus hijos. Aquellos que no tienen educación universitaria también tienen más probabilidades de azotar a sus hijos (Crandall 2011). Actualmente, 23 estados permiten oficialmente azotes en el sistema escolar; sin embargo, muchos padres pueden oponerse y los funcionarios escolares deben seguir un conjunto de pautas claras al administrar este tipo de castigo (Crandall 2011).

Décadas de investigación han arrojado más de 500 estudios que examinan el impacto del castigo físico en los niños (Gershoff y Grogan-Kaylor, 2016). En los últimos 15 años, varios metanálisis han intentado sintetizar este cuerpo de investigación. En un metanálisis muy publicitado, Gershoff (2002) concluyó que el castigo físico no solo es ineficaz, sino también dañino. Puede llevar a la agresión de la víctima, particularmente en aquellos que son azotados a una edad temprana (Berlín 2009).

Los debates sobre el uso de los padres del castigo físico han estado en curso en los Estados Unidos durante décadas. Los llamados a "ir más allá" de la investigación, o "terminar el debate", se han convertido en algo común (por ejemplo, Durrant y

Ensom, 2017; MacMillan y Mikton, 2017). Parece que hay tres preguntas en el centro de estos debates. ¿Es el castigo físico de los niños una cuestión de derechos humanos? ¿Es efectivo el castigo físico? ¿Es dañino el castigo físico? [73]

Contribuyentes y atribuciones

70. Desarrollo de vida útil - Módulo 7:Adolescence por Lumen Learning tiene licencia bajo CC BY 4.0

71. Introducción a Sociology 2e por OpenStax está licenciado bajo CC BY 4.0

73. Desafíos a los que se enfrentan las familias por OpenStax está licenciado bajo CC BY 4.0

El castigo físico de los niños por parte de los padres de los Estados Unidos: ir más allá del debate para promover la salud y el bienestar de los niños por Cindy Miller Perrin y Robin Perrin está licenciado bajo CC BY 4.0

This page titled 15.11: Violencia y abuso is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta

La siguiente etapa de desarrollo está **surgiendo en la edad adulta** y se caracteriza por un tiempo intermedio en el que la exploración de identidad se centra en el trabajo y el amor, que ocurre desde aproximadamente los 18 años hasta mediados y finales de los 20.

¿Cuándo se convierte una persona en un adulto? Hay muchas formas de responder esta pregunta. En los Estados Unidos, legalmente se lo considera un adulto a los 18 años, pero otras definiciones de la edad adulta varían ampliamente; En sociología, por ejemplo, una persona puede ser considerada adulta cuando se vuelve autosuficiente, elige una carrera, se casa o comienza una familia. Las edades en las que alcanzamos estos marcadores varían de persona a persona, así como de cultura a cultura. Por ejemplo, hace 50 años, un joven adulto con un diploma de escuela secundaria podía ingresar inmediatamente a la fuerza laboral y ascender en la escala corporativa. Ese ya no es el caso, una licenciatura e incluso títulos de posgrado se requieren cada vez más, incluso para trabajos de nivel de entrada (Arnett, 2000). Además, muchos estudiantes tardan más (cinco o seis años) en completar un título universitario como resultado de trabajar e ir a la escuela al mismo tiempo. Después de la graduación, muchos adultos jóvenes regresan a la casa familiar porque tienen dificultades para encontrar trabajo.

Figura 15.32: Edad adulta emergente. (La imagen por año de ciudad tiene licencia bajo CC BY-NC-ND 2.0)

Este es un período relativamente nuevo de desarrollo de la vida, Jeffrey Arnett (2000) explica que la adultez emergente no es ni la adolescencia ni la adultez joven. Las personas en este período de edad han dejado atrás la dependencia relativa de la infancia y la adolescencia, pero aún no han asumido las responsabilidades de la edad adulta. “La edad adulta emergente es un periodo de la vida en la que muchas direcciones diferentes siguen siendo posibles, cuando se decide con certeza poco sobre el futuro, cuando el alcance de la exploración independiente de las posibilidades de la vida es mayor para la mayoría de las personas que en cualquier otro período del curso de la vida” (Arnett, 2000, p. 469).[75]

Contribuyentes y atribuciones

75. Psicología - 9.3:Etapas de desarrollo de OpenStax está licenciado bajo CC BY 4.0 ; Desarrollo de la vida útil:Una perspectiva psicológica de Martha Lally y Suzanne Valentine-French tiene licencia CC BY-NC-SA 3.0

This page titled 15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

15.S: Conclusión

En este capítulo terminamos nuestra exploración de la infancia y la adolescencia después de analizar:

- Teorías de Erikson y Marcia.
- Autoconcepto e identidad
- Identidad de género
- Identidad étnica
- Sexualidad
- Relaciones entre padres y adolescentes.
- Compañeros y grupos de compañeros
- Comportamientos antisociales.
- Adultez emergente

This page titled 15.S: Conclusión is shared under a CC BY license and was authored, remixed, and/or curated by Paris, Ricardo, Raymond, & Johnson (College of the Canyons) .

CHAPTER OVERVIEW

Apéndices

Índice
Glossary
Detailed Licensing

Índice

A

Abraham Maslow
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
accommodation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
adolescence
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
adolescent growth spurt
13.1: El crecimiento físico
Albert Bandura
1.5: Teorías del desarrollo
Anaphylaxis
10.3: Necesidades nutricionales
animism
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
anorexia nervosa
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
Antisocial Behavior
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
anxiety
10.6: Salud mental infantil
Apgar assessment
3.3: El recién nacido
Aphasia
11.12: Dificultades de aprendizaje
assimilation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
attachment
6.5: Formación de apegos
automatic processing
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
autonomy
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

B

Babinski reflex
3.3: El recién nacido
Bicultural identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
bilingualism
11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés
bisexuality
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
Bradley Method
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
breastfeeding
4.7: Nutrición
bulimia nervosa
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
bullying
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
bystander effect
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

C

Cesarean
3.2: Nacimiento del bebé
Childhood obesity
7.9: Salud en la primera infancia
circumcised
4.6: Capacidades Sensoriales
cisgender
15.4: Desarrollo de la identidad de género
classical conditioning
1.5: Teorías del desarrollo
cognitive empathy
14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
Colic
4.8: Salud
Colostrum
4.7: Nutrición
Conception
2.2: Desarrollo prenatal
Conditioned response
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
conduct disorders
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
conscription
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
Corporal Punishment
15.11: Violencia y abuso
Corpus Callosum
7.4: Desarrollo cerebral
culture
6.2: Personalidad

D

dating
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
depressant
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
depression
10.6: Salud mental infantil
Deviant peer contagion
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
divided attention
8.3: Procesamiento de información
dopamine
13.2: El crecimiento del cerebro
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
Down Syndrome
2.1: Herencia
Dyscalculia
11.12: Dificultades de aprendizaje
dysgraphia
11.12: Dificultades de aprendizaje
dyslexia
11.12: Dificultades de aprendizaje

E

effortful processing
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
Ego
1.5: Teorías del desarrollo
egocentric speech
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
egocentrism
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
Emerging adulthood
15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta
encoding
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
epidural anesthesia
3.2: Nacimiento del bebé
epigenetic framework
2.1: Herencia
Episodic memory
5.6: La memoria y la atención
Erik Erikson
1.5: Teorías del desarrollo
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
Ethnic Identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
explicit memory
5.6: La memoria y la atención

F

Failure to thrive
4.7: Nutrición
false belief
8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
fidelity
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
fine motor skills
4.5: Destrezas de motricidad fina

G

Gender
6.2: Personalidad
15.4: Desarrollo de la identidad de género
Gender identity
12.4: Identidad de género
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
Gender stereotypes
15.4: Desarrollo de la identidad de género
germinal period
2.2: Desarrollo prenatal
gross motor skills
4.4: Destrezas de motricidad gruesa

H

Hallucinogens
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio

Head Start program
6.6: Cuidado infantil
Health
10.5: Salud física
Heredity
2.1: Herencia
hippocampus
10.1: Desarrollo cerebral
homophily
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
homosexuality
15.8: Desarrollo de la identidad sexual

I
id
1.5: Teorías del desarrollo
Identity vs. Role Confusion
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
imaginary audience
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
Immunization
4.8: Salud
Implicit memory
5.6: La memoria y la atención
Induction of labor
3.2: Nacimiento del bebé
Intersex
15.4: Desarrollo de la identidad de género
Ivan Pavlov
1.5: Teorías del desarrollo
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria

J
James Marcia
15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
Jean Piaget
5.1: Piaget
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan

K
kwashiorkor
4.7: Nutrición

L
Labor (Childbirth)
3.2: Nacimiento del bebé
Lamaze Method
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
language acquisition device
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
learning disorder
11.12: Dificultades de aprendizaje
Leboyer Method
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
Lotus Birth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé

M
marasmus
4.7: Nutrición
Medicated Childbirth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
memory
5.6: La memoria y la atención
multiracial
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
multitasking
8.3: Procesamiento de información
Myelin
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
myopia
10.5: Salud física

N
nativism
5.4: Desarrollo lingüístico
natural childbirth
3.2: Nacimiento del bebé
Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)
3.3: El recién nacido
Newborn
3.3: El recién nacido

O
Obsessive Compulsive Disorder
10.6: Salud mental infantil
operant conditioning
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
operant conditioning theory
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
Oppositional Defiant Disorder
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
oxytocin
13.2: El crecimiento del cerebro

P
palmar grasp
4.3: Reflejos
personality
6.2: Personalidad
Phobias
10.6: Salud mental infantil
phonics
11.11: Aprendiendo a leer
physical education
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
pincer grip
4.5: Destrezas de motricidad fina
political identity
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
polysexuality
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
prefrontal cortex
7.4: Desarrollo cerebral
13.2: El crecimiento del cerebro
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
preoperational stage
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
Pretend Play
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
preterm baby
3.3: El recién nacido
private speech
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
proximal development (ZPD)
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
psychological constructivist
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
psychological moratorium
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial

R
recess
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
Recessive Disorders
2.1: Herencia
reflexes
4.3: Reflejos
resiliency
6.5: Formación de apegos
Retrieval
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento

S
scaffolding
1.5: Teorías del desarrollo
secure base
6.5: Formación de apegos
Selective Attention
8.3: Procesamiento de información
Semantic memory
5.6: La memoria y la atención
Sensory memory
8.3: Procesamiento de información
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
separation anxiety
6.3: Emociones del bebé
Shaken Baby Syndrome
4.8: Salud
Shaping
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
Sigmund Freud
1.5: Teorías del desarrollo
Silent Birth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
sleep
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
social construct
15.4: Desarrollo de la identidad de género
social identity
15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
social learning theory
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria

sports
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
status dropout rate
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
stranger wariness
6.3: Emociones del bebé
Stuttering
11.12: Dificultades de aprendizaje
Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)
4.9: Sueño
superego
1.5: Teorías del desarrollo
survival orientation
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
Synaptic Blooming
4.2: Proporciones del cuerpo
synaptic pruning
13.2: El crecimiento del cerebro
Synaptogenesis
4.2: Proporciones del cuerpo

T
temperament
6.1: Temperamento o carácter
teratogens
2.2: Desarrollo prenatal
The Strange Situation
6.5: Formación de apegos
theory
1.5: Teorías del desarrollo
Theory of mind
8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
Thyroid Stimulating Hormone
4.1: Rápidos cambios físicos
Transgender
15.4: Desarrollo de la identidad de género
Trisomy 21
2.1: Herencia

V
Vaccination
4.8: Salud
vernix
3.3: El recién nacido
Violence
15.11: Violencia y abuso
vision
4.6: Capacidades Sensoriales
Vocational Identity
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
Vygotsky
5.2: Vygotsky

W
Waterbirth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
Wisdom
14.6: Sabiduría y toma de riesgos
working memory
8.3: Procesamiento de información

Z
zone of proximal development (ZPD)
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
Zygote
2.2: Desarrollo prenatal

Glossary

Sample Word 1 | Sample Definition 1

Detailed Licensing

Overview

Title: Libro: Desarrollo y crecimiento en la niñez (Paris, Ricardo, Rymond y Johnson)

Webpages: 153

All licenses found:

- CC BY 4.0: 92.2% (141 pages)
- Undeclared: 7.8% (12 pages)

By Page

- Libro: Desarrollo y crecimiento en la niñez (Paris, Ricardo, Rymond y Johnson) - *Undeclared*
  - Texto Preliminar - *Undeclared*
    - Página del titulo - *Undeclared*
    - Página de información - *Undeclared*
    - Table of Contents - *Undeclared*
    - Agradecimientos adicionales - *Undeclared*
    - Licensing - *Undeclared*
  - 1: Introducción al Desarrollo Infantil - *CC BY 4.0*
    - 1.1: Principios del desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.2: Los períodos del desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.3: Temas de desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.4: Métodos de investigación - *CC BY 4.0*
    - 1.5: Teorías del desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 2: Concepción, herencia y desarrollo prenatal - *CC BY 4.0*
    - 2.1: Herencia - *CC BY 4.0*
    - 2.2: Desarrollo prenatal - *CC BY 4.0*
    - 2.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 3: El parto y el recién nacido - *CC BY 4.0*
    - 3.1: Preparación para el nacimiento del bebé - *CC BY 4.0*
    - 3.2: Nacimiento del bebé - *CC BY 4.0*
    - 3.3: El recién nacido - *CC BY 4.0*
    - 3.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 4: Desarrollo físico en recién nacidos e infantes - *CC BY 4.0*
    - 4.1: Rápidos cambios físicos - *CC BY 4.0*
    - 4.2: Proporciones del cuerpo - *CC BY 4.0*
    - 4.3: Reflejos - *CC BY 4.0*
    - 4.4: Destrezas de motricidad gruesa - *CC BY 4.0*
    - 4.5: Destrezas de motricidad fina - *CC BY 4.0*
    - 4.6: Capacidades Sensoriales - *CC BY 4.0*
    - 4.7: Nutrición - *CC BY 4.0*
    - 4.8: Salud - *CC BY 4.0*
    - 4.9: Sueño - *CC BY 4.0*
    - 4.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 5: Desarrollo cognitivo en los primeros años de vida - *CC BY 4.0*
    - 5.1: Piaget - *CC BY 4.0*
    - 5.2: Vygotsky - *CC BY 4.0*
    - 5.3: Marcadores cognitivos - *CC BY 4.0*
    - 5.4: Desarrollo lingüístico - *CC BY 4.0*
    - 5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria - *CC BY 4.0*
    - 5.6: La memoria y la atención - *CC BY 4.0*
    - 5.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 6: Desarrollo social y emocional del pequeño en su primer año de vida - *CC BY 4.0*
    - 6.1: Temperamento o carácter - *CC BY 4.0*
    - 6.2: Personalidad - *CC BY 4.0*
    - 6.3: Emociones del bebé - *CC BY 4.0*
    - 6.4: Marcadores sociales y emocionales - *CC BY 4.0*
    - 6.5: Formación de apegos - *CC BY 4.0*
    - 6.6: Cuidado infantil - *CC BY 4.0*
    - 6.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 7: Desarrollo físico en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.1: Crecimiento en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.2: Preocupaciones nutricionales - *CC BY 4.0*
    - 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables - *CC BY 4.0*
    - 7.4: Desarrollo cerebral - *CC BY 4.0*
    - 7.5: Desarrollo de habilidades motrices - *CC BY 4.0*
    - 7.6: El sueño en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño - *CC BY 4.0*
    - 7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.9: Salud en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.10: Seguridad - *CC BY 4.0*
    - 7.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget - *CC BY 4.0*

- 8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*
- 8.3: Procesamiento de información - *CC BY 4.0*
- 8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo - *CC BY 4.0*
- 8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*
- 8.6: Desarrollo Lingüístico - *CC BY 4.0*
- 8.7: Educación en la primera infancia - *CC BY 4.0*
- 8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia - *CC BY 4.0*
- 8.9: Diferencias cognitivas - *CC BY 4.0*
- 8.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

9: Desarrollo social y emocional en la primera infancia - *CC BY 4.0*

- 9.1: Marcadores sociales y emocionales - *CC BY 4.0*
- 9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo - *CC BY 4.0*
- 9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa - *CC BY 4.0*
- 9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género - *CC BY 4.0*
- 9.5: Vida familiar - *CC BY 4.0*
- 9.6: Compañeros - *CC BY 4.0*
- 9.7: Juego - *CC BY 4.0*
- 9.8: Comprensión social - *CC BY 4.0*
- 9.9: Personalidad - *CC BY 4.0*
- 9.10: Competencia social y emocional - *CC BY 4.0*
- 9.11: Estrés y desarrollo infantil - *CC BY 4.0*
- 9.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

10: Infancia media – Desarrollo físico - *CC BY 4.0*

- 10.1: Desarrollo cerebral - *CC BY 4.0*
- 10.2: El crecimiento físico - *CC BY 4.0*
- 10.3: Necesidades nutricionales - *CC BY 4.0*
- 10.4: Ejercicio, estado físico y deportes - *CC BY 4.0*
- 10.5: Salud física - *CC BY 4.0*
- 10.6: Salud mental infantil - *CC BY 4.0*
- 10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud - *CC BY 4.0*
- 10.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

11: Infancia media – Desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*

- 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia - *CC BY 4.0*
- 11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget - *CC BY 4.0*
- 11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner - *CC BY 4.0*
- 11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas - *CC BY 4.0*
- 11.5: Procesos cognitivos - *CC BY 4.0*
- 11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién - *CC BY 4.0*
- 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar - *CC BY 4.0*
- 11.8: Introducción a la lingüística - *CC BY 4.0*
- 11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés - *CC BY 4.0*
- 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje - *CC BY 4.0*
- 11.11: Aprendiendo a leer - *CC BY 4.0*
- 11.12: Dificultades de aprendizaje - *CC BY 4.0*
- 11.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

12: Infancia media - Desarrollo social y emocional - *CC BY 4.0*

- 12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo - *CC BY 4.0*
- 12.2: Autocomprensión - *CC BY 4.0*
- 12.3: Motivación como auto-eficacia - *CC BY 4.0*
- 12.4: Identidad de género - *CC BY 4.0*
- 12.5: Niño y la familia - *CC BY 4.0*
- 12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros - *CC BY 4.0*
- 12.7: Relaciones de compañeros - *CC BY 4.0*
- 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas - *CC BY 4.0*
- 12.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

13: Adolescencia - Desarrollo físico - *CC BY 4.0*

- 13.1: El crecimiento físico - *CC BY 4.0*
- 13.2: El crecimiento del cerebro - *CC BY 4.0*
- 13.3: Los cambios físicos en la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio - *CC BY 4.0*
- 13.5: Mantener la salud emocional - *CC BY 4.0*
- 13.6: Trastornos y síndromes - *CC BY 4.0*
- 13.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

14: Adolescencia – Desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*

- 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro - *CC BY 4.0*
- 14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan - *CC BY 4.0*
- 14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento - *CC BY 4.0*
- 14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición) - *CC BY 4.0*
- 14.6: Sabiduría y toma de riesgos - *CC BY 4.0*
- 14.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

15: Adolescencia - Desarrollo social y emocional - *CC BY 4.0*

- 15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial - *CC BY 4.0*

- 15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad - *CC BY 4.0*
- 15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy? - *Undeclared*
- 15.4: Desarrollo de la identidad de género - *CC BY 4.0*
- 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 15.6: Comunidad, sociedad y cultura - *CC BY 4.0*
- 15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes - *CC BY 4.0*
- 15.8: Desarrollo de la identidad sexual - *CC BY 4.0*
- 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil - *CC BY 4.0*
- 15.11: Violencia y abuso - *CC BY 4.0*
- 15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta - *CC BY 4.0*
- 15.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

Apéndices - *Undeclared*

- Índice - *Undeclared*
- Glossary - *Undeclared*
- Detailed Licensing - *Undeclared*

Índice

A

Abraham Maslow
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
accommodation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
adolescence
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
adolescent growth spurt
13.1: El crecimiento físico
Albert Bandura
1.5: Teorías del desarrollo
Anaphylaxis
10.3: Necesidades nutricionales
animism
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
anorexia nervosa
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
Antisocial Behavior
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
anxiety
10.6: Salud mental infantil
Apgar assessment
3.3: El recién nacido
Aphasia
11.12: Dificultades de aprendizaje
assimilation
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
attachment
6.5: Formación de apegos
automatic processing
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
autonomy
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia

B

Babinski reflex
3.3: El recién nacido
Bicultural identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
bilingualism
11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés
bisexuality
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
Bradley Method
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
breastfeeding
4.7: Nutrición
bulimia nervosa
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
bullying
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia
bystander effect
15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia

C

Cesarean
3.2: Nacimiento del bebé
Childhood obesity
7.9: Salud en la primera infancia
circumcised
4.6: Capacidades Sensoriales
cisgender
15.4: Desarrollo de la identidad de género
classical conditioning
1.5: Teorías del desarrollo
cognitive empathy
14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia
Colic
4.8: Salud
Colostrum
4.7: Nutrición
Conception
2.2: Desarrollo prenatal
Conditioned response
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
conduct disorders
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
conscription
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
Corporal Punishment
15.11: Violencia y abuso
Corpus Callosum
7.4: Desarrollo cerebral
culture
6.2: Personalidad

D

dating
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
depressant
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
depression
10.6: Salud mental infantil
Deviant peer contagion
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
divided attention
8.3: Procesamiento de información
dopamine
13.2: El crecimiento del cerebro
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
Down Syndrome
2.1: Herencia
Dyscalculia
11.12: Dificultades de aprendizaje
dysgraphia
11.12: Dificultades de aprendizaje
dyslexia
11.12: Dificultades de aprendizaje

E

effortful processing
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
Ego
1.5: Teorías del desarrollo
egocentric speech
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
egocentrism
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
Emerging adulthood
15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta
encoding
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
epidural anesthesia
3.2: Nacimiento del bebé
epigenetic framework
2.1: Herencia
Episodic memory
5.6: La memoria y la atención
Erik Erikson
1.5: Teorías del desarrollo
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
Ethnic Identity
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
explicit memory
5.6: La memoria y la atención

F

Failure to thrive
4.7: Nutrición
false belief
8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
fidelity
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
fine motor skills
4.5: Destrezas de motricidad fina

G

Gender
6.2: Personalidad
15.4: Desarrollo de la identidad de género
Gender identity
12.4: Identidad de género
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
Gender stereotypes
15.4: Desarrollo de la identidad de género
germinal period
2.2: Desarrollo prenatal
gross motor skills
4.4: Destrezas de motricidad gruesa

H

Hallucinogens
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio

Head Start program
6.6: Cuidado infantil
Health
10.5: Salud física
Heredity
2.1: Herencia
hippocampus
10.1: Desarrollo cerebral
homophily
15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia
homosexuality
15.8: Desarrollo de la identidad sexual

I
id
1.5: Teorías del desarrollo
Identity vs. Role Confusion
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial
imaginary audience
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
Immunization
4.8: Salud
Implicit memory
5.6: La memoria y la atención
Induction of labor
3.2: Nacimiento del bebé
Intersex
15.4: Desarrollo de la identidad de género
Ivan Pavlov
1.5: Teorías del desarrollo
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria

J
James Marcia
15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
Jean Piaget
5.1: Piaget
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan

K
kwashiorkor
4.7: Nutrición

L
Labor (Childbirth)
3.2: Nacimiento del bebé
Lamaze Method
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
language acquisition device
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
learning disorder
11.12: Dificultades de aprendizaje
Leboyer Method
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
Lotus Birth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé

M
marasmus
4.7: Nutrición
Medicated Childbirth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
memory
5.6: La memoria y la atención
multiracial
15.6: Comunidad, sociedad y cultura
multitasking
8.3: Procesamiento de información
Myelin
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
myopia
10.5: Salud física

N
nativism
5.4: Desarrollo lingüístico
natural childbirth
3.2: Nacimiento del bebé
Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)
3.3: El recién nacido
Newborn
3.3: El recién nacido

O
Obsessive Compulsive Disorder
10.6: Salud mental infantil
operant conditioning
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
operant conditioning theory
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
Oppositional Defiant Disorder
15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil
oxytocin
13.2: El crecimiento del cerebro

P
palmar grasp
4.3: Reflejos
personality
6.2: Personalidad
Phobias
10.6: Salud mental infantil
phonics
11.11: Aprendiendo a leer
physical education
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
pincer grip
4.5: Destrezas de motricidad fina
political identity
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
polysexuality
15.8: Desarrollo de la identidad sexual
prefrontal cortex
7.4: Desarrollo cerebral
13.2: El crecimiento del cerebro
14.2: Cambios cognitivos en el cerebro
preoperational stage
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
Pretend Play
8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget
preterm baby
3.3: El recién nacido
private speech
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
proximal development (ZPD)
8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo
psychological constructivist
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
psychological moratorium
15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial

R
recess
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
Recessive Disorders
2.1: Herencia
reflexes
4.3: Reflejos
resiliency
6.5: Formación de apegos
Retrieval
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento

S
scaffolding
1.5: Teorías del desarrollo
secure base
6.5: Formación de apegos
Selective Attention
8.3: Procesamiento de información
Semantic memory
5.6: La memoria y la atención
Sensory memory
8.3: Procesamiento de información
14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento
separation anxiety
6.3: Emociones del bebé
Shaken Baby Syndrome
4.8: Salud
Shaping
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria
Sigmund Freud
1.5: Teorías del desarrollo
Silent Birth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
sleep
13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio
social construct
15.4: Desarrollo de la identidad de género
social identity
15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad
social learning theory
5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria

sports
10.4: Ejercicio, estado físico y deportes
status dropout rate
14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición)
stranger wariness
6.3: Emociones del bebé
Stuttering
11.12: Dificultades de aprendizaje
Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)
4.9: Sueño
superego
1.5: Teorías del desarrollo
survival orientation
14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan
Synaptic Blooming
4.2: Proporciones del cuerpo
synaptic pruning
13.2: El crecimiento del cerebro
Synaptogenesis
4.2: Proporciones del cuerpo

T
temperament
6.1: Temperamento o carácter
teratogens
2.2: Desarrollo prenatal
The Strange Situation
6.5: Formación de apegos
theory
1.5: Teorías del desarrollo
Theory of mind
8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo
Thyroid Stimulating Hormone
4.1: Rápidos cambios físicos
Transgender
15.4: Desarrollo de la identidad de género
Trisomy 21
2.1: Herencia

V
Vaccination
4.8: Salud
vernix
3.3: El recién nacido
Violence
15.11: Violencia y abuso
vision
4.6: Capacidades Sensoriales
Vocational Identity
15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy?
Vygotsky
5.2: Vygotsky

W
Waterbirth
3.1: Preparación para el nacimiento del bebé
Wisdom
14.6: Sabiduría y toma de riesgos
working memory
8.3: Procesamiento de información

Z
zone of proximal development (ZPD)
11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje
Zygote
2.2: Desarrollo prenatal

Glossary

Sample Word 1 | Sample Definition 1

Detailed Licensing

Overview

Title: Libro: Desarrollo y crecimiento en la niñez (Paris, Ricardo, Rymond y Johnson)

Webpages: 153

All licenses found:

- CC BY 4.0: 92.2% (141 pages)
- Undeclared: 7.8% (12 pages)

By Page

- Libro: Desarrollo y crecimiento en la niñez (Paris, Ricardo, Rymond y Johnson) - *Undeclared*
  - Texto Preliminar - *Undeclared*
    - Página del titulo - *Undeclared*
    - Página de información - *Undeclared*
    - Table of Contents - *Undeclared*
    - Agradecimientos adicionales - *Undeclared*
    - Licensing - *Undeclared*
  - 1: Introducción al Desarrollo Infantil - *CC BY 4.0*
    - 1.1: Principios del desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.2: Los períodos del desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.3: Temas de desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.4: Métodos de investigación - *CC BY 4.0*
    - 1.5: Teorías del desarrollo - *CC BY 4.0*
    - 1.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 2: Concepción, herencia y desarrollo prenatal - *CC BY 4.0*
    - 2.1: Herencia - *CC BY 4.0*
    - 2.2: Desarrollo prenatal - *CC BY 4.0*
    - 2.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 3: El parto y el recién nacido - *CC BY 4.0*
    - 3.1: Preparación para el nacimiento del bebé - *CC BY 4.0*
    - 3.2: Nacimiento del bebé - *CC BY 4.0*
    - 3.3: El recién nacido - *CC BY 4.0*
    - 3.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 4: Desarrollo físico en recién nacidos e infantes - *CC BY 4.0*
    - 4.1: Rápidos cambios físicos - *CC BY 4.0*
    - 4.2: Proporciones del cuerpo - *CC BY 4.0*
    - 4.3: Reflejos - *CC BY 4.0*
    - 4.4: Destrezas de motricidad gruesa - *CC BY 4.0*
    - 4.5: Destrezas de motricidad fina - *CC BY 4.0*
    - 4.6: Capacidades Sensoriales - *CC BY 4.0*
    - 4.7: Nutrición - *CC BY 4.0*
    - 4.8: Salud - *CC BY 4.0*
    - 4.9: Sueño - *CC BY 4.0*
    - 4.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 5: Desarrollo cognitivo en los primeros años de vida - *CC BY 4.0*
    - 5.1: Piaget - *CC BY 4.0*
    - 5.2: Vygotsky - *CC BY 4.0*
    - 5.3: Marcadores cognitivos - *CC BY 4.0*
    - 5.4: Desarrollo lingüístico - *CC BY 4.0*
    - 5.5: Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria - *CC BY 4.0*
    - 5.6: La memoria y la atención - *CC BY 4.0*
    - 5.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 6: Desarrollo social y emocional del pequeño en su primer año de vida - *CC BY 4.0*
    - 6.1: Temperamento o carácter - *CC BY 4.0*
    - 6.2: Personalidad - *CC BY 4.0*
    - 6.3: Emociones del bebé - *CC BY 4.0*
    - 6.4: Marcadores sociales y emocionales - *CC BY 4.0*
    - 6.5: Formación de apegos - *CC BY 4.0*
    - 6.6: Cuidado infantil - *CC BY 4.0*
    - 6.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 7: Desarrollo físico en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.1: Crecimiento en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.2: Preocupaciones nutricionales - *CC BY 4.0*
    - 7.3: Consejos para establecer hábitos alimenticios saludables - *CC BY 4.0*
    - 7.4: Desarrollo cerebral - *CC BY 4.0*
    - 7.5: Desarrollo de habilidades motrices - *CC BY 4.0*
    - 7.6: El sueño en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.7: Entrenamiento del niño para ir al baño - *CC BY 4.0*
    - 7.8: Desarrollo sexual en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.9: Salud en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 7.10: Seguridad - *CC BY 4.0*
    - 7.S: Conclusión - *CC BY 4.0*
  - 8: Desarrollo cognitivo en la primera infancia - *CC BY 4.0*
    - 8.1: Inteligencia Pre-operacional de Piaget - *CC BY 4.0*

- 8.2: Teoría sociocultural de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*
- 8.3: Procesamiento de información - *CC BY 4.0*
- 8.4: El entendimiento de los niños sobre el mundo - *CC BY 4.0*
- 8.5: Marcadores del desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*
- 8.6: Desarrollo Lingüístico - *CC BY 4.0*
- 8.7: Educación en la primera infancia - *CC BY 4.0*
- 8.8: Aplicaciones a la educación en la primera infancia - *CC BY 4.0*
- 8.9: Diferencias cognitivas - *CC BY 4.0*
- 8.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

9: Desarrollo social y emocional en la primera infancia - *CC BY 4.0*

- 9.1: Marcadores sociales y emocionales - *CC BY 4.0*
- 9.2: Interaccionismo y puntos de vista de uno mismo - *CC BY 4.0*
- 9.3: Erikson: Iniciativa vs. Culpa - *CC BY 4.0*
- 9.4: Identidad de género, constancia de género y funciones de género - *CC BY 4.0*
- 9.5: Vida familiar - *CC BY 4.0*
- 9.6: Compañeros - *CC BY 4.0*
- 9.7: Juego - *CC BY 4.0*
- 9.8: Comprensión social - *CC BY 4.0*
- 9.9: Personalidad - *CC BY 4.0*
- 9.10: Competencia social y emocional - *CC BY 4.0*
- 9.11: Estrés y desarrollo infantil - *CC BY 4.0*
- 9.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

10: Infancia media – Desarrollo físico - *CC BY 4.0*

- 10.1: Desarrollo cerebral - *CC BY 4.0*
- 10.2: El crecimiento físico - *CC BY 4.0*
- 10.3: Necesidades nutricionales - *CC BY 4.0*
- 10.4: Ejercicio, estado físico y deportes - *CC BY 4.0*
- 10.5: Salud física - *CC BY 4.0*
- 10.6: Salud mental infantil - *CC BY 4.0*
- 10.7: Controlando los síntomas: Para mantener la salud - *CC BY 4.0*
- 10.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

11: Infancia media – Desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*

- 11.1: Teorías cognitivas de la inteligencia - *CC BY 4.0*
- 11.2: La teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget - *CC BY 4.0*
- 11.3: Teoría de las inteligencias múltiples según Howard Gardner - *CC BY 4.0*
- 11.4: Procesamiento de información: aprendizaje, memoria y resolución de problemas - *CC BY 4.0*
- 11.5: Procesos cognitivos - *CC BY 4.0*
- 11.6: Pruebas de inteligencia: el qué, el por qué y el quién - *CC BY 4.0*
- 11.7: Desarrollo del lenguaje en el niño en edad escolar - *CC BY 4.0*
- 11.8: Introducción a la lingüística - *CC BY 4.0*
- 11.9: Bilingüismo: también conocido como Estudiantes de dos idiomas o Estudiantes de inglés - *CC BY 4.0*
- 11.10: Teorías del desarrollo del lenguaje - *CC BY 4.0*
- 11.11: Aprendiendo a leer - *CC BY 4.0*
- 11.12: Dificultades de aprendizaje - *CC BY 4.0*
- 11.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

12: Infancia media - Desarrollo social y emocional - *CC BY 4.0*

- 12.1: Las teorías sociales y emocionales del Desarrollo - *CC BY 4.0*
- 12.2: Autocomprensión - *CC BY 4.0*
- 12.3: Motivación como auto-eficacia - *CC BY 4.0*
- 12.4: Identidad de género - *CC BY 4.0*
- 12.5: Niño y la familia - *CC BY 4.0*
- 12.6: Amistades, compañeros, y grupos de compañeros - *CC BY 4.0*
- 12.7: Relaciones de compañeros - *CC BY 4.0*
- 12.8: Agresión, comportamiento antisocial, abusadores, y las víctimas - *CC BY 4.0*
- 12.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

13: Adolescencia - Desarrollo físico - *CC BY 4.0*

- 13.1: El crecimiento físico - *CC BY 4.0*
- 13.2: El crecimiento del cerebro - *CC BY 4.0*
- 13.3: Los cambios físicos en la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 13.4: Salud de los adolescentes: el sueño, la dieta y el ejercicio - *CC BY 4.0*
- 13.5: Mantener la salud emocional - *CC BY 4.0*
- 13.6: Trastornos y síndromes - *CC BY 4.0*
- 13.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

14: Adolescencia – Desarrollo cognitivo - *CC BY 4.0*

- 14.1: Desarrollo cognitivo en la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 14.2: Cambios cognitivos en el cerebro - *CC BY 4.0*
- 14.3: Teóricos cognitivos: Piaget, Elkind, Kohlberg, y Gilligan - *CC BY 4.0*
- 14.4: Teoría del procesamiento de la información: memoria, codificación y almacenamiento - *CC BY 4.0*
- 14.5: Adolescencia (Un tiempo de transición) - *CC BY 4.0*
- 14.6: Sabiduría y toma de riesgos - *CC BY 4.0*
- 14.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

15: Adolescencia - Desarrollo social y emocional - *CC BY 4.0*

- 15.1: Erik Erikson - Teoría del desarrollo psicosocial - *CC BY 4.0*

- 15.2: James Marcia - Teoría del desarrollo de la identidad - *CC BY 4.0*
- 15.3: Desarrollo de identidad y autoconcepto: ¿Quién soy? - *Undeclared*
- 15.4: Desarrollo de la identidad de género - *CC BY 4.0*
- 15.5: Agentes de socialización durante la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 15.6: Comunidad, sociedad y cultura - *CC BY 4.0*
- 15.7: Medios de comunicación: Influencias en los adolescentes - *CC BY 4.0*
- 15.8: Desarrollo de la identidad sexual - *CC BY 4.0*
- 15.9: Comportamiento antisocial en la adolescencia - *CC BY 4.0*
- 15.10: Comportamientos antisociales, violencia y abuso infantil - *CC BY 4.0*
- 15.11: Violencia y abuso - *CC BY 4.0*
- 15.12: Adultez emergente: El puente entre la adolescencia y la edad adulta - *CC BY 4.0*
- 15.S: Conclusión - *CC BY 4.0*

Apéndices - *Undeclared*

- Índice - *Undeclared*
- Glossary - *Undeclared*
- Detailed Licensing - *Undeclared*