



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

EL PERÚ PRIMERO



Lineamientos

para la gestión articulada intersectorial

e intergubernamental orientada a promover el

desarrollo infantil temprano



Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental Orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano

Presidente Constitucional de la República

Martín Vizcarra Cornejo

Ministra de Desarrollo e Inclusión Social

Paola Bustamante Suárez

Viceministra de Políticas y Evaluación Social

Ariela María de los Milagros Luna Florez

Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos “Primero la Infancia” (Resolución Suprema N°413-2013-PCM)

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Ministerio de Economía y Finanzas

Ministerio de Educación

Ministerio de Salud

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

Ministerio de Cultura

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Ministerio de Energía y Minas

Secretaría Técnica

Viceministerio de Políticas y Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Editado por

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Av. Paseo de la República 3101, San Isidro / Lima-Perú

Central Telefónica: 51-1-631-8000

<https://www.gob.pe/midis>

Decreto Supremo N°010-2016-MIDIS aprobado el 27 de julio de 2016

Primera edición, mayo 2019

Hecho el depósito legal en la Biblioteca del Perú N° 2019-06318

Se terminó de imprimir en mayo de 2019 en:

Corporación Creagrama E.I.R.L

Huancavelica 638, Lima

Tiraje: 1000 ejemplares

Lineamientos

para la gestión articulada intersectorial
e intergubernamental orientada a promover el
desarrollo infantil temprano



Decreto Supremo N°010-2016-MIDIS

Contenido



Presentación	7
I. Finalidad	13
II. Objetivos	
• Objetivo general	13
• Objetivos específicos	13
III. Alcance	
• Del alcance institucional	15
• De los ámbitos geográficos	15
IV. Base legal	17
V. Enfoques	20
VI. Principios rectores	24
VII. Visión de las niñas y los niños en el Perú	28

VIII. Disposiciones generales

- El Desarrollo Infantil Temprano - DIT 32
- Relevancia del DIT 32

IX. Disposiciones principales

- Marco conceptual y cadenas causales 38
- Resultados en el DIT 48
- Factores priorizados según momentos críticos por etapa de vida 52
- Las intervenciones 64
- Indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados 85

Siglas y glosario

- Siglas 88
- Glosario 89





Presentación



Hoy en día se tiene una perspectiva diferente de la niña y el niño como sujetos titulares de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les deben ser reconocidos. Asimismo, el conocimiento logrado en la última década es concluyente: **la inversión en el Desarrollo Infantil Temprano** (en adelante DIT) **es la inversión social más rentable para un país**. La razón: los fundamentos del desarrollo, prosperidad y sostenibilidad de la sociedad en su conjunto se establecen en los primeros años de vida de las niñas y niños. En los primeros años de vida se define, en gran medida, la capacidad de una persona para desplegar su potencial y consolidarse, en la adultez, como ciudadana responsable y productiva para sí misma, su familia y la sociedad.

La situación de las niñas y niños en el país ha mejorado y se está avanzando en el Desarrollo Infantil Temprano, **sin embargo, siguen existiendo retos por atender**. Según cifras de 2015, el 14.4% de niñas y niños menores de 5 años es desnutrido crónico y el 43.5% de menores de 3 años es anémico¹. Asimismo, en el 2015, solo el 5.1% de niñas y niños menores de 2 años y el 80.9% de niñas y niños entre 3 a 5 años accedió a servicios de educación inicial²; mientras que la cobertura agua y desagüe fue de 85.7% y 77.6%³, respectivamente. Para ese

1 Resumen de indicadores de los programas presupuestales INEI 2015.

2 ESCALE 2015 (tasa neta de matrícula de 0 a 2 y tasa neta de asistencia de 3 a 5 años).

3 ENAHO 2015.

mismo periodo, el uso de la violencia física como forma de disciplina a las niñas y niños supera el 11%.

Esta situación, expresa en su interior **brechas al comparar las zonas urbanas con las rurales**. Así, en el

2015, la prevalencia de DCI en zonas rurales triplica

a la de zonas urbanas (27.7% versus 9.3%) y la anemia en zonas rurales es 10.6 puntos porcentuales mayor que en zonas urbanas (51.1% versus 40.5%). De igual forma, en el sector educación, la brecha entre zonas urbanas y rurales fue de 1 punto porcentual para el año 2015 (zonas urbanas: 80.7% y zonas rurales: 81.7%). En ese mismo año, se aprecia una situación similar en relación con las coberturas de agua (zona rural: 64.8% versus zona urbana: 92.3%) y saneamiento (zona rural: 43.6% versus zona urbana: 68.4%). En el caso de la violencia, el uso de golpes o castigos físicos asciende a 9.5%⁴ en zonas urbanas, mientras que en zonas rurales esta situación se incrementa a 17.9%. La realidad de estos indicadores es aun más preocupante en los pueblos indígenas.

La mejora de la situación de la infancia en el Perú es una **prioridad** para el Estado.

4

Mujeres reconocen haber usado los golpes o castigos físicos contra sus hijas e hijos [ENDES 2015].

Frente a este contexto, **el gobierno señala como prioridad la mejora de la situación de la infancia en el Perú** y plantea la necesidad de contar con lineamientos que articulen las intervenciones del Estado a favor de la primera infancia. Así, el 5 de diciembre de 2013 se aprobó la Resolución Suprema N.º 413-2013-PCM, que constituye la Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos “Primero la Infancia” y el Plan de Acciones Integradas para el periodo 2014-2016. Esta resolución representa el esfuerzo del país y del gobierno para definir una propuesta integral e integradora del DIT como prioridad de la política.

Los lineamientos “Primero la Infancia” han sido elaborados por una Comisión integrada por representantes de los ministerios de Desarrollo e Inclusión Social; Economía y Finanzas; Educación; Salud; Mujer y Poblaciones Vulnerables; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Justicia y Derechos Humanos; Cultura; Trabajo y Promoción del Empleo; y Energía y Minas. **Se han seguido principios de integralidad, corresponsabilidad y reconocimiento de la diversidad**, además de una orientación a la lógica de la gestión por resultados y, fundamentalmente, basada en evidencia. La legitimidad y la solidez de los presentes lineamientos se sustentan en el tipo de construcción realizado, basado a su vez en la participación y el compromiso compartido de 10 ministerios de Estado para construir una perspectiva transdisciplinaria del DIT, a partir de la cual se pueda identificar mediante la evidencia científica, validar y aprobar un conjunto de resultados y factores claves, así como también las intervenciones que el país debe impulsar, desde las políticas públicas y la iniciativa privada, con dicho fin.

La mirada integral al desarrollo infantil temprano es una llamada a la **articulación multisectorial** y a la **responsabilidad compartida**.

El documento que aquí se presenta contiene la finalidad, los objetivos, el alcance y la base legal de los lineamientos, así como también los enfoques y los principios rectores de su diseño e implementación. Presenta la visión que tenemos de las niñas y los niños en el Perú y, de manera central, los **resultados identificados como hitos y condiciones del proceso de desarrollo que debemos lograr en ellas y ellos,**

los factores sobre los cuales debemos incidir y las intervenciones que debemos desarrollar como país. Para ello, se elaboraron documentos técnicos que sustentan, sobre la base de la mejor evidencia disponible y el consenso logrado en el nivel multisectorial, los resultados, los factores, las intervenciones y los indicadores correspondientes a los resultados esperados.

La adecuada y oportuna implementación de estos lineamientos se traducirá en el plazo más breve posible en mejoras en la calidad de vida, evaluadas a partir de los resultados, de las niñas y niños del país. Eso, definitivamente, contribuirá a la construcción del país que las peruanas y peruanos deseamos.*





Finalidad

Garantizar el Desarrollo Infantil Temprano a partir de la acción transectorial.



Objetivos

► Objetivo general

2.1 Establecer los lineamientos que orienten el logro de resultados e intervenciones que garanticen el Desarrollo Infantil Temprano (DIT).

► Objetivos específicos

2.2 Definir los resultados y factores prioritizados que necesariamente deben ser abordados por el Estado y

la sociedad para el Desarrollo Infantil Temprano.

2.3 Definir las intervenciones que deben ser desarrolladas para lograr los cambios deseables sobre los factores que condicionan los resultados DIT.

2.4 Establecer los indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados en el DIT.

I.

II.



Alcance



► Del alcance institucional

3.1 Los lineamientos son de aplicación por las entidades del gobierno nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales. El involucramiento específico de dichas entidades se da por el nivel de participación y responsabilidad que ellas deben asumir en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones identificadas para el DIT con reconocimiento de la diversidad cultural. Los roles que desempeñan dichas entidades son diferenciados y complementarios a la vez. Por un lado, el rol de diseño de los lineamientos y de los contenidos de las intervenciones es ejercido por las entidades del gobierno nacional, en coordinación con los niveles regional y local. En tanto, los roles de provisión, articulación en

el territorio y seguimiento y evaluación son ejercidos plenamente por los tres niveles de gobierno, con énfasis y participaciones diferenciadas en función a las intervenciones específicas y la normatividad vigente.

► De los ámbitos geográficos

3.2 El DIT deberá ser promovido como una política pública en todo el territorio de la nación.

La infancia es la expresión del desarrollo humano y social del país.



Base legal



- Constitución Política del Perú, 1993.
- Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, 1989.
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.
- Convenio N.º 102 de la Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la seguridad social, 1952.
- Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Código de los niños y adolescentes.
- Ley N.º 27558, Ley de Fomento de la Educación de las Niñas y Adolescentes rurales.
- Ley N.º 28542, Ley de Fortalecimiento de la Familia.
- Ley N.º 26842, Ley General de Salud.
- Ley N.º 28044, Ley General de Educación.
- Ley N.º 29792, Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Ley N.º 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N.º 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

Toda niña y niño tiene derecho a desarrollarse adecuada e integralmente.

- Ley N.º 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N.º 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N.º 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N.º 29914, Ley que establece medidas en materia de gasto público.
- Ley N.º 30114, Ley de Presupuesto público para el año 2014 que aprueba el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales.
- Decreto Supremo N.º 001-2012-MIMP, que aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021
- Decreto Supremo N.º 001-2011-MIDIS, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Decreto Supremo N.º 008-2013-MIDIS, que aprueba la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”.
- Decreto Supremo N.º 003-2016-MIDIS, que aprueba la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad.
- Decreto Supremo N.º 008-2016-MIDIS, que aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social.
- Resolución Ministerial N.º 131-2012 -MIDIS, que aprueba la

Directiva N.º 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.

- Resolución Suprema N.º 413-2013-PCM, que aprueba la conformación de la Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos “Primero la Infancia” y el Plan de Acciones Integradas 2014-2016.
- Resolución Suprema N.º 001-2007-ED, que aprueba el Proyecto Educativo Nacional al 2021: La

educación que queremos para el Perú.

- Decreto Supremo N.º 064-2010-EM, Política Energética del Perú 2010 – 2040.
- Resolución Ministerial N.º 203-2013- MEM/DM, Plan de Acceso Universal a la Energía.

Las niñas y los niños tienen derecho a ser escuchados por la familia, el Estado y la sociedad.



V.

Enfoques

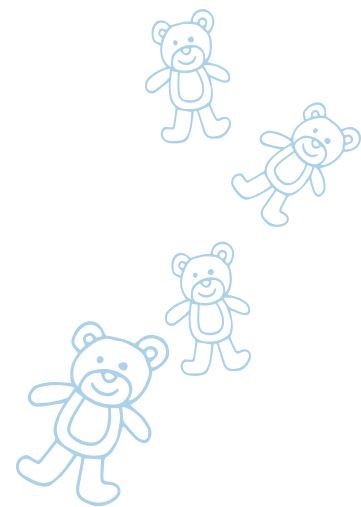


Enfoque de Derechos

Busca garantizar a niñas, niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos mediante acciones que realiza el Estado, la comunidad y la familia, de acuerdo con el rol y la responsabilidad de cada uno. El ejercicio de derechos posibilita el **incremento de sus capacidades, garantiza su protección, amplía sus opciones y, por lo tanto, su libertad de elegir.** Establece que los derechos humanos se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos; son inalienables y deben ser ejercidos sin discriminación.

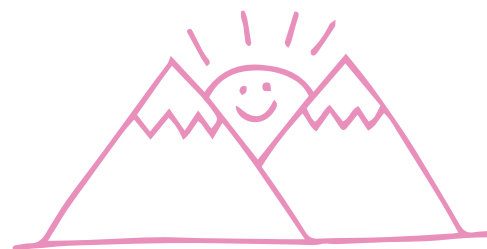
Enfoque de Género

Permite poner en evidencia desigualdades sociales y relaciones asimétricas de poder de varones en perjuicio de las mujeres de cualquier edad, construidas sobre las bases de diferencias biológicas en el plano de lo sexual. Plantea desterrar cualquier relación jerárquica basada en estas diferencias. Admite implementar políticas orientadas al **logro de igualdad de niñas, niños y adolescentes** en el ejercicio de sus derechos, libre de discriminaciones basadas en características biológicas o de cualquier otra índole.



Enfoque Intercultural

El enfoque intercultural es una herramienta analítica, metodológica y política que busca la construcción de relaciones entre culturas equitativas, justas y de respeto a la diferencia. Propone la interrelación, la comunicación y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas en contacto, garantizarles a cada una un espacio para desarrollarse en forma autónoma y promover su integración a la ciudadanía, en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe. Por tanto, el reconocimiento de las diferencias



y de los requerimientos específicos de las mujeres y los grupos étnico-culturales no debe implicar la creación de nuevas desigualdades -a través de políticas parciales y estigmatizantes-, sino que debe conducir a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni obviar las diferencias. La interculturalidad reconoce el derecho a la diversidad y a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos, expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo.



NO

ALA

VIOLEN

CIA

TRATAME
CON
AMOR

FAMILIA
desde la vida empieza
Y EL AMOR

VI.

DILE NO AL
MALTRATO
INFANTIL
QUIERE NO TE
HIERE!



Principios rectores

a) El interés superior de la niña y el niño.

Ambos son sujetos plenos de derechos que deben ser respetados por la familia, el Estado y la sociedad y, en todas las decisiones de política pública, el interés de la niña o el niño debe primar al momento de resolver sobre cuestiones que los afecten. Se trata de un principio que obliga al Estado y a la sociedad a reconocer y garantizar los derechos humanos de niñas y niños y otorga preeminencia al interés superior de la niña o el niño por sobre otros intereses y consideraciones.

b) Integralidad.

Se aborda el desarrollo de la niña o el niño en todas sus dimensiones y perspectivas, tanto en lo que a resultados y factores se refiere como a las intervenciones necesarias para ello.

c) Desarrollo progresivo.

Las niñas y los niños son seres originales y únicos, con un proceso de desarrollo particular y con un ritmo propio de maduración. Así, deben ser considerados como infantes de su edad y sus características y no como una mera suma de funciones fragmentadas o un inventario de capacidades o incapacidades más o menos temporarias o permanentes.

d) Participación Infantil.

Las niñas y los niños tienen derecho a ser escuchados por la familia, el Estado y la sociedad. Sus ideas, sentimientos, deseos y necesidades deben ser tomados en cuenta al momento de adoptar decisiones que afecten sus vidas, la de los miembros de su familia y comunidad, las cuales deben responder a su interés superior. Para ello, es importante que

se cumpla como requisito la información compartida y diálogo entre las niñas, los niños y los adultos, siempre sobre la base del respeto recíproco y la división del poder. Abarca a todos las niñas y los niños capaces de expresar su opinión.

e) La familia como institución fundamental para el desarrollo de las personas

La familia garantiza las condiciones materiales, afectivas, sociales y culturales para cada uno de sus miembros; es el sostén indispensable para el desarrollo psíquico y físico, social e intelectual de las niñas y los niños. Cumple sus funciones de cuidado en la crianza y el desarrollo integral de la niña o el niño, y debe

ser una institución democrática en la que prevalezca el respeto mutuo, libre de todo tipo de violencia y donde se apoye el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

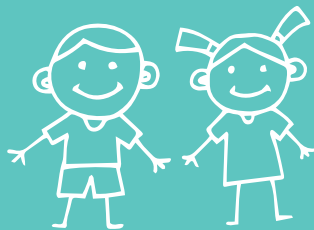
f) Igualdad de oportunidades.

Brindar las mismas oportunidades para el acceso a las intervenciones a todos las niñas y los niños del país, en búsqueda de eliminar las brechas e inequidades en el acceso a servicios.

g) Transectorialidad. El diseño debe ser elaborado independientemente de las responsabilidades, funciones y competencias sectoriales específicas. Y debe propiciar, a la vez, un compromiso por parte de los sectores de abordar el DIT en su integralidad.



Visión de las niñas y los niños en el Perú



VII.

Niñas y niños en el Perú con **buen estado de salud y nutrición**, con pensamiento crítico, comunicacionalmente efectivos y con iniciativa, emocionalmente **seguros de sí**, socialmente competentes y autónomos, en pleno ejercicio de sus derechos; que vivan una infancia feliz, **libre de violencia**, con igualdad de oportunidades y en permanente **respeto de sus particularidades**.







VIII.

Disposiciones
generales

El Desarrollo Infantil Temprano - DIT

8.1. El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la **construcción de capacidades** cada vez más complejas, que permiten a la niña y niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

8.2. El DIT es un proceso que abarca **desde la etapa de gestación hasta los 5 años** de vida de la niña o del niño.

Relevancia del DIT

8.3. Las niñas y los niños se constituyen como sujetos de derechos por su condición de seres humanos. En tal sentido, son considerados como: (i) seres sociales, pues desde su nacimiento forman parte de una familia que, a su vez, está inmersa en un contexto social y cultural; (ii) **seres únicos**, pues desde su nacimiento experimentan un proceso de individualización en el que se puede visualizar sus propias capacidades y potencialidades; y (iii) seres en la diversidad, pues desde el nacimiento se desenvuelven en un mundo diverso, tanto desde el punto de vista cultural, individual (género y edad) y social. En tal sentido, el Estado y la sociedad deben reconocer y garantizar los

derechos de las niñas y niños para darles rango superior por sobre otros intereses y consideraciones.

8.4. Los primeros años de vida son de gran relevancia para el desarrollo general de las personas, pues en dicha etapa se establecen los fundamentos para desarrollar su potencial biológico, cognitivo y social⁵. En esta etapa temprana se define, en gran medida, la capacidad de una persona para desarrollarse y consolidarse en la adultez, como ciudadana o ciudadano saludables, responsables y productivos para sí mismos, su familia y la sociedad^{6,7}. En este período se consolida la arquitectura básica del

cerebro, puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años. **Entre los 0 y 36 meses de edad se generan 700 conexiones neuronales por segundo** y, es a partir de los 5 años que se produce una poda de ellas. Paralelamente, en esta etapa se potencia la capacidad de la niña o el niño para interrelacionarse positivamente y comunicarse con los demás, tomar iniciativas desde sus capacidades motrices y resolver situaciones problemáticas. Paradójicamente, esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad frente a los efectos del entorno y la calidad de las experiencias que las niñas y niños acumulan a lo largo de su vida, desde la gestación hasta sus primeros años. Los efectos negativos que se generen pueden ser irreversibles y acompañarán al individuo por el resto de sus vidas.

5 Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/>

6 Center on the Developing Child (2007). A Science-Based Framework for Early Childhood Policy.

7 Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000) From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.

8.5. Los canales de transmisión entre el DIT y las condiciones de vida y logros en la etapa adulta son multidimensionales, aunque se pueden sintetizar que una condición inadecuada del DIT **se visibilizará en la juventud y la adultez**, a través de efectos en la salud física (enfermedades crónicas como enfermedad coronaria, diabetes tipo 2 e hipertensión)^{8,9} y mental, la educación y el aprendizaje, la empleabilidad y el devenir económico¹⁰.

8.6. Una niña o niño que no recibe el soporte adecuado para un desarrollo saludable a temprana edad ve afectada su integridad en el presente y se eleva el riesgo de dejar la escuela,

se involucre en actos ilegales y requiera ayuda del Estado a través de programas sociales en la adultez. Las niñas y niños provenientes de familias de bajos ingresos que reciben atención adecuada en la infancia tienen menos probabilidad de involucrarse en delitos o conductas inadecuadas en las escuelas¹¹. **El desarrollo inadecuado en edades tempranas ejerce efectos en las decisiones y conductas de riesgo**¹².

8.7. El DIT es un **determinante potente del progreso escolar** en países en desarrollo. Una de sus condiciones, la habilidad cognitiva desarrollada en la etapa preescolar, se asocia directamente con los niveles de matrícula y logros educativos en la secundaria¹³, incluso de manera

8 Gluckman PD y Hanson M (2005). The Fetal Matrix: Evolution, Development, and Disease.

9 Gluckman & Hanson 2004b; Barker (2001), referidos en Peter D. Gluckman, M.A. Hanson, H.G. Spencer y P. Bateson (2005). Environmental influences during development and their later consequences for health and disease: implications for the interpretation of empirical studies.

10 James J. Heckman (2007). The economics, technology, and neuroscience of human capability formation.

11 Jean Burr y Rob Grunewald (2006). Lessons Learned: A Review of Early Childhood Development Studies.

12 James J. Heckman (2006). The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior.

13 (2007)

independiente de variables como la educación de la madre, la edad y el género y el nivel de riqueza.^{14,15}

8.8. Además, si se tiene en cuenta las necesidades de rentabilidad de la inversión pública, se considera que las inversiones en el desarrollo humano durante las etapas iniciales de la vida resultan ser altamente rentables (de 4 a 9 dólares por cada dólar invertido). En efecto, el rendimiento de la inversión ejecutada en la formación del capital humano es mayor en la primera infancia que en edades posteriores¹⁶.

El retorno de la inversión a temprana edad se cosecha a lo largo de los años e incrementa la productividad de inversiones posteriores, más aun cuando las habilidades adquiridas a

temprana edad facilitan el aprendizaje posterior¹⁷.

La política del desarrollo infantil temprano es un hito para el Perú porque antes de consensuar acciones se ha marcado un norte estratégico con claridad en el qué hacer para, posteriormente, avanzar con acciones articuladas.

14 Sally Grantham-McGregor (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/>

15 Ibid. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/>


16 James Heckman y D. Masterov (2007). The Productivity argument for investing in young children.

17 Heckman y J. James (2008). Schools, Skills and Synapses. *Economic Inquiry*. 46(3); 289-324.



IX.

Disposiciones
principales



Marco conceptual y cadenas causales

9.1. El desarrollo infantil es resultado de las interacciones entre la genética y el ambiente o entorno en el que crecen las niñas y niños, a saber: los hogares, el ambiente social, político y económico que los rodea, el medio ambiente y, finalmente, la acción del Estado, como parte de las políticas públicas que implementa.

9.2. El crecimiento y desarrollo de las niñas y niños, desde la gestación hasta los 5 años, contempla períodos críticos en los cuales los cambios siguen una trayectoria no lineal, de mayor celeridad, caracterizado por la progresiva integración y desarrollo de capacidades y habilidades en interacción con su entorno. Estos momentos representan oportunidades

únicas para el desarrollo pleno del potencial humano en los que se puede incidir positivamente. Durante el desarrollo infantil se presentan y acumulan diversos riesgos, factores y efectos que actúan desde antes de la concepción y se proyectan hasta más allá de la edad adulta.

9.3. El marco conceptual DIT presenta una priorización de estos factores de riesgo y sus cadenas causales de efectos acumulativos en siete resultados, también priorizados, sobre las niñas y los niños desde antes de la concepción hasta los 5 años de edad. Si bien se reconocen estos resultados como prioritarios, se precisa que la visión de la niña y niño es holística; es decir, todos los resultados se articulan entre sí, no son cancelatorios y permitirán en adelante alinear la actuación del Estado.

9.4. Antes de la concepción, el

principal factor de riesgo es el estado nutricional de la mujer, particularmente la deficiencia de dos micronutrientes: hierro y ácido fólico. Durante la gestación, la deficiencia de micronutrientes se exagera aun más en el primer trimestre del embarazo y afecta severamente el crecimiento de la niña y el niño por nacer, que es muy dependiente del estado nutricional de la gestante y del adecuado consumo de calorías y proteínas por parte de ella. Otros factores que afectan el desarrollo de la niña y niño por nacer, priorizados por su mayor impacto, son i) las infecciones en el primer trimestre: infecciones del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana;

ii) la hipertensión gestacional, explicada en parte por la *deficiencia de calcio*; iii) el embarazo adolescente; iv) la alteración del estado emocional por depresión, ansiedad y estrés; y v) la exposición a situaciones de cualquier forma de violencia, lo que afecta de diversas maneras a la gestante, con el estado emocional como el aspecto que tiene mayor impacto en el desarrollo de la niña o el niño por nacer.

La niña y el niño son sujetos plenos de derechos que deben ser respetados por la familia, el Estado y la sociedad.

9.5. Al momento del nacimiento, como consecuencia de la mayor o menor exposición a los riesgos señalados y de la acumulación de sus efectos a lo largo del embarazo, las niñas y los niños pueden nacer con **bajo peso** (menos de 2 500 gramos) o **prematamente**

(antes de las 37 semanas). El carácter prematuro incrementa en 70% el riesgo de déficit de atención; en 20% el riesgo de presentar problemas de conducta; en dos a cuatro veces el riesgo de parálisis cerebral; en dos veces más el riesgo de un cociente intelectual menor a 85 y mayor riesgo de retraso en el desarrollo motor y del lenguaje e induce menores puntajes en las pruebas de comprensión lectora y matemáticas. El volumen de la corteza cerebral antes de las 35 semanas equivale al 53% respecto de la niña o el niño al término.

9.6. Después del nacimiento, durante los primeros 12 meses, si la niña o niño tienen una interacción de mala calidad con su madre u otro adulto significativo se incrementa el riesgo de no desarrollar con esta un vínculo afectivo, el que es

muy relevante para su desarrollo y se denomina **apego seguro**. Este riesgo es mayor en aquellos que nacieron con bajo peso, prematuros, con otras deficiencias (sensoriales, físicas, intelectuales) o cuando la niña y niño antes del año de vida padecen de anemia por deficiencia de hierro, la cual limita su capacidad de interacción con la madre u otro adulto significativo. Asimismo, la calidad de la interacción se afecta cuando la madre u otro adulto significativo: **i)** tiene una baja sensibilidad frente a los requerimientos de la niña y niño; **ii)** desarrolla depresión posparto, lo cual deteriora severamente su sensibilidad; **iii)** experimenta situaciones de violencia en cualquiera de sus formas; y **iv)** se ausenta de manera temporal o permanente (como el caso de niñas y niños institucionalizados). Cuando el apego seguro no se desarrolla en el

Las niñas y niños son seres únicos, con sus propias potencialidades.



primer año de vida y es inseguro o desorganizado, genera en la niña o niño un cuadro denominado estrés tóxico, el cual daña y cambia la arquitectura del cerebro, al punto de alterar la conectividad neuronal responsable del control de las emociones. El **apego inseguro** se asocia con: **i)** retrasos en el aprendizaje (déficit de atención), en el lenguaje y en las habilidades para resolver problemas, **ii)** mayor riesgo de conductas antisociales, agresividad y violencia; y **iii)** mayor riesgo de enfermedades crónicas y mentales.

9.7. Antes de los 36 meses, sobre todo en los primeros dos años, las deficientes prácticas de cuidados de la salud, nutrición e higiene (sobre todo en bebés que no reciben la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses

El desarrollo infantil temprano es un determinante del progreso escolar.

y con una inadecuada alimentación complementaria o que contaron con padres que no se cuidaron de lavarse las manos en los momentos claves de atención a la niña y niño), incrementan el riesgo de las enfermedades diarreicas agudas (EDA), las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la deficiencia de micronutrientes (hierro, zinc). Estas condiciones se agudizan aun más cuando las condiciones físicas de la vivienda (piso, techo, paredes, entre otros) facilitan la transmisión de parásitos responsables de la enteropatía ambiental y la contaminación del aire intradomiciliario; y tampoco existe protección de las bajas temperaturas. La acumulación de la exposición a estos factores de riesgo se traduce en una menor velocidad de crecimiento de la niña y niño; y si este progresivo deterioro no es corregido o evitado

en los primeros 24 meses, en la niña o el niño se instalará la condición de **desnutrición crónica** casi de manera irreversible. Esta condición tiene impacto negativo en el desarrollo motor, emocional, cognitivo y del lenguaje de la niña o niño y en la salud física en la adultez a través de un mayor riesgo de enfermedades crónicas.

9.8. En los primeros cinco años de vida, conforme evoluciona la salud de la niña y el niño y controlan los riesgos antes señalados, también emergen, como expresión directa de la maduración cerebral, las principales trayectorias del desarrollo, las cuales una tras otra van alcanzando su máxima aceleración.

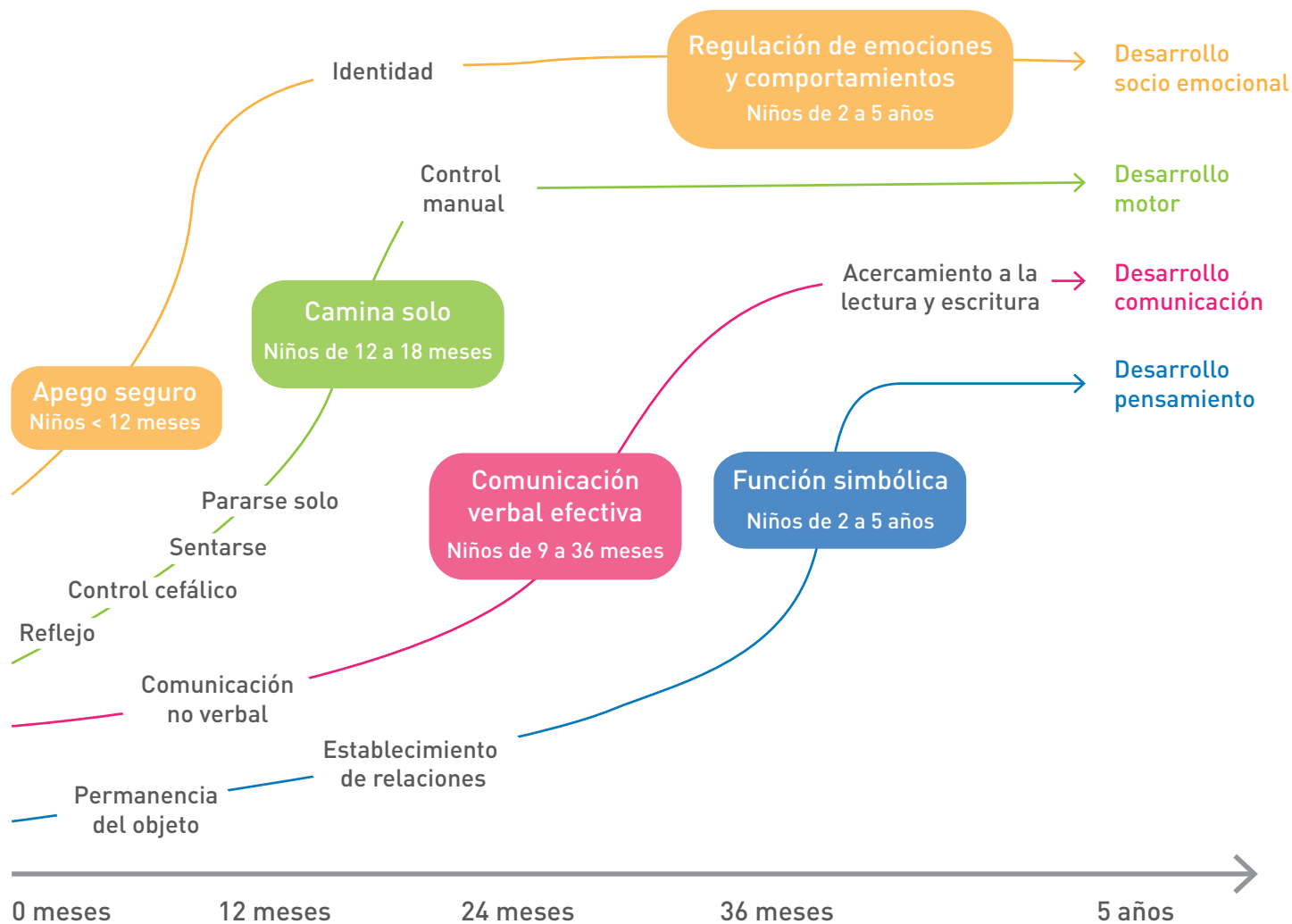
9.9. Desde el nacimiento se observan manifestaciones objetivas del inicio de la trayectoria del desarrollo motor, el cual avanza en sucesivos y rápidos refinamientos de

las destrezas para controlar el cuerpo hasta lograr **caminar solo** hasta los 18 meses. Precursores esenciales de esta trayectoria son la eliminación de los reflejos, el control de la cabeza, el poder pararse y el coger objetos.

9.10. Aproximadamente, desde los 4 meses, ya es posible identificar señales del inicio de la trayectoria del desarrollo de la comunicación. A esta temprana edad, la niña o el niño ya son capaces de discriminar los sonidos y poco después comienzan a usar los gestos para comunicarse. Desde antes de cumplir el año, dan el gran salto en la comunicación, que es usar las prepalabras y palabras, además de gestos y señas para comunicar sus intereses y necesidades; luego intensifican su uso e incrementan su vocabulario durante el segundo año, lo que les permite expresarse mejor y hasta los 36 meses para lograr **comunicarse verbalmente de manera efectiva.**

Gráfico 01

Trayectorias del desarrollo infantil



Fuente: Elaboración propia

Es decir, siguen indicaciones, responden a preguntas sencillas, sostienen conversaciones utilizando oraciones simples y preguntas o alternan turnos en conversaciones grupales.

9.11. La trayectoria del desarrollo de la **regulación de emociones y comportamientos**, cuyo principal antecedente es el apego seguro, que es el fundamento para los sucesivos hitos. Primero, para la construcción de la identidad (o autoconciencia) que significa la comprensión de ser una persona diferente, cuyo cuerpo, mente y acciones son independientes de los otros. Luego, como consecuencia del primero, a la comprensión de la existencia del otro e iniciar la experiencia de sentir emociones por otra persona hacia el segundo año de vida.

9.12. A los 8 meses, emerge la manifestación más trascendental del

inicio del desarrollo de la capacidad cognitiva, que es la permanencia del objeto (saber que las cosas no desaparecen si sale del campo visual del bebé). Ello se constituye, a partir de los 9 meses, en el fundamento para su relación con los objetos y, a partir de los 18 meses, para la representación de las situaciones (capacidad de interiorizar y representar las situaciones de su vida cotidiana). Estos progresos, después de los 2 años, son intensamente enriquecidos por la interacción con su entorno y dan inicio a la etapa de la **función simbólica**, que se da cuando la niña o el niño pasan de la dimensión concreta a la dimensión gráfica a través del uso de símbolos y signos.

9.13. Desde antes de los dos años las trayectorias de desarrollo se interconectan y establecen relaciones de interdependencia entre ellas. El apego seguro, que es el hito inicial de la regulación de las emociones, influye en las



Una buena interacción entre la madre, el padre, niña y niño favorece el desarrollo.

cuatro trayectorias; asimismo, la mayor destreza motora, reflejada en rasgos como el caminar solo y la evolución en el uso de las formas de comunicación, le permiten a la niña o al niño ir construyendo la función simbólica; pero también los hitos iniciales de esta trayectoria influyen en la comunicación verbal y el desarrollo motor.

9.14. Cuando las niñas y los niños, en los momentos de mayor aceleración de las trayectorias del desarrollo, son expuestos a entornos familiares y comunales no favorables y experiencias adversas, sufren retrasos significativos en el desarrollo de dichas trayectorias y en su necesaria integración. Entre los entornos y experiencias adversos se encuentran: el bajo nivel educativo de la madre, el padre o el/la cuidador/a, la violencia hacia las niñas y los niños

(castigo físico y humillante, maltrato y trato negligente), ausencia de cuidados parentales en forma permanente, pobres contextos comunicativos o limitada interacción social (verbalización, regularidad, disponibilidad del adulto, juegos, espacio poco organizados y materiales escasos).

9.15. La integración de las trayectorias resulta ser el aspecto más relevante del desarrollo infantil, por su muy alta correlación con capacidades más complejas que son vitales para el crecimiento, desarrollo y aprendizaje del ser humano, tales como planificar, fijarse metas, resolver problemas y adaptarse a las condiciones del entorno. A continuación se muestra el diagrama del marco conceptual del **Desarrollo Infantil Temprano:**

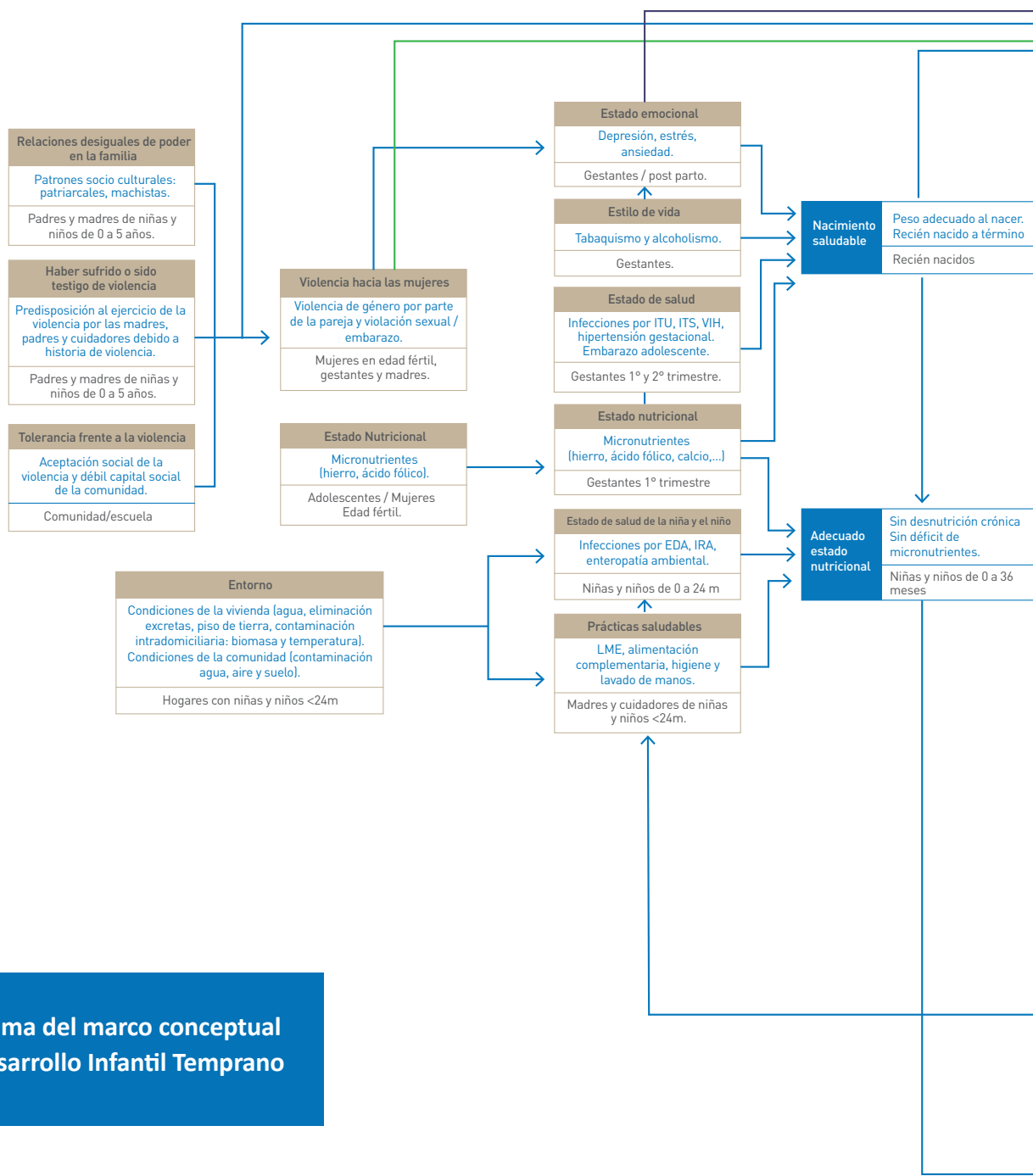
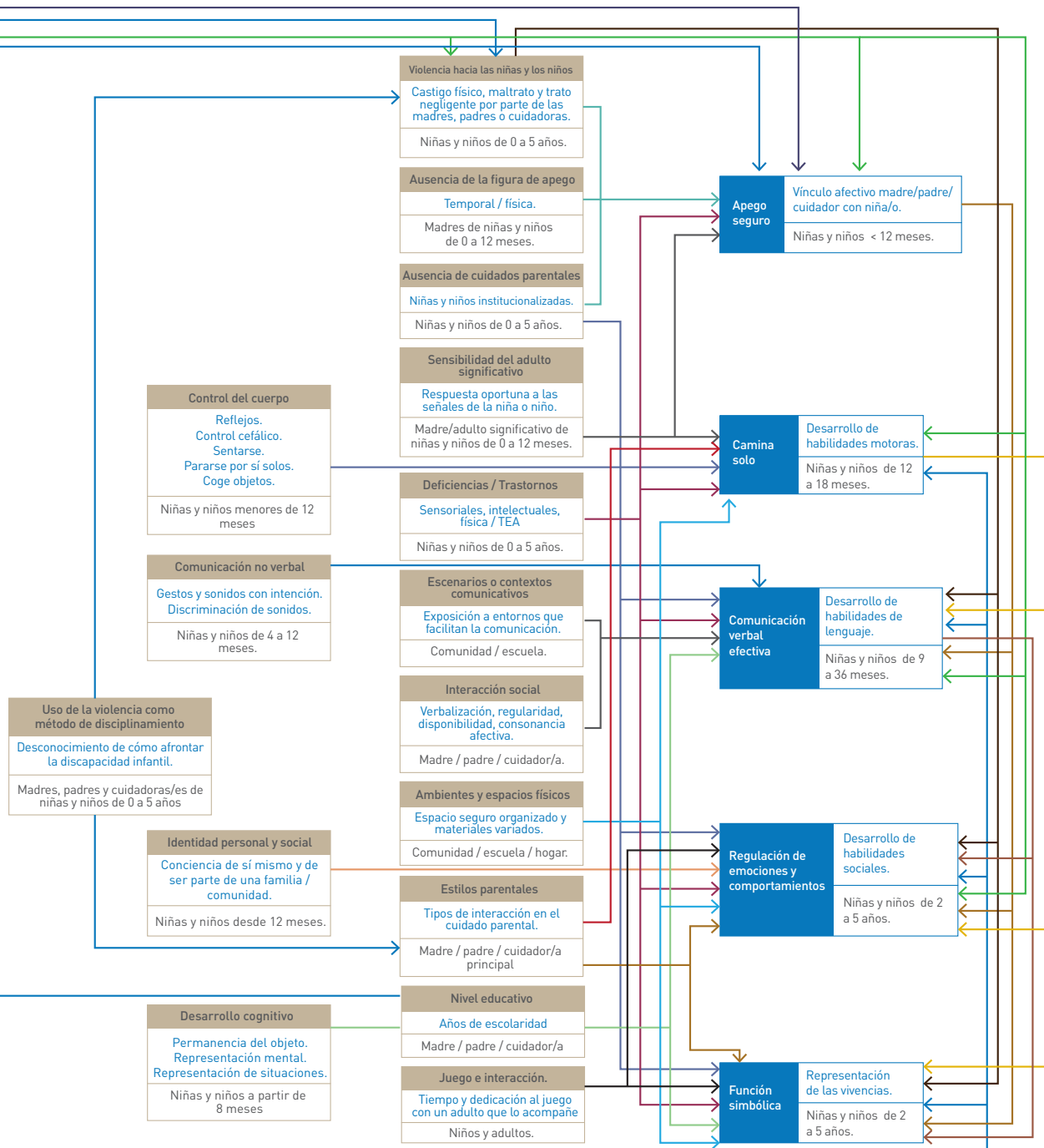


Diagrama del marco conceptual del Desarrollo Infantil Temprano





Resultados en el DIT

9.16. De acuerdo con el diagrama causal adoptado y elaborado sobre la base de las evidencias científicas para orientar el accionar del Estado hacia la visión propuesta, se han definido **siete resultados:**

1. Lograr que al momento de nacer las niñas y los niños tengan un peso mayor a 2 500 gramos y su edad gestacional fluctúe entre las 37 y 41 semanas.
2. Fortalecer el vínculo afectivo entre la niña o el niño con su madre o un adulto significativo, de manera tal que a los 12 meses las niñas y los niños exhiban un apego seguro.
3. Preservar el buen estado de salud y nutricional de las niñas y los niños durante los primeros 60 meses de vida y así evitar las deficiencias de micronutrientes en los primeros 24 meses y la instalación de la desnutrición crónica (retardo de crecimiento) antes de los 36 meses.
4. Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo de la comunicación de acuerdo con la edad, de tal manera de que hasta los 36 meses las niñas y niños se comuniquen verbalmente de manera efectiva.
5. Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo motor de acuerdo con su

Las inversiones en el desarrollo en las primeras etapas son rentables.



El apego seguro es también una forma de prevenir conductas antisociales.

edad, de tal manera de que hasta los 18 meses las niñas y los niños caminen solos.

logren comprender que los objetos no desaparecen si no están en su campo visual.

Se evidenciará así la representación mental de

objetos y situaciones, que será base para la aparición de la función simbólica desde los dos años aproximadamente, y que gestará que a los 5 años las niñas y los niños realicen juegos de representación más elaborados y utilicen signos no convencionales para expresar gráficamente sus experiencias.

6. Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo emocional de acuerdo con la edad, de tal manera que hacia los dos años se inicie el aprendizaje de la regulación de emociones y comportamiento y, a los cinco años las niñas y los niños sean capaces de relacionarse satisfactoriamente con los demás.

7. Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo cognitivo de acuerdo con la edad, de tal manera de que hacia los 8 meses las niñas y los niños

A continuación se muestra la **Tabla N.º 01**, que describe cada uno de los resultados:

Tabla N° 01

Resultados priorizados en el Desarrollo Infantil Temprano

Resultados priorizados	Descripción
1. Niñas y niños nacen entre 37 y 41 semanas de gestación y con un peso adecuado.	El bajo peso al nacer (BPN) se da cuando una niña o niño al nacimiento tiene un peso inferior a 2 500 gr, lo cual expresa que la niña o niño padeció de Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU). La prematuridad es definida como todos los nacimientos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación o en un lapso menor a 259 días contados desde el primer día del último periodo menstrual (Organización Mundial de la Salud) ¹⁸
2. Niñas y niños menores de 12 meses de edad con apego seguro.	La niña y el niño desde que nacen establecen un vínculo específico con un “adulto significativo” ¹⁹ . Este vínculo permite construir un lazo emocional íntimo de manera permanente y estable. Los investigadores de la conducta infantil entienden como apego seguro a la relación madre-infante o adulto significativo-infante, y describen que esta relación ofrece las bases para el desarrollo de autonomía, seguridad emocional y todas las relaciones subsecuentes que la niña y el niño desarrollará en su vida ²⁰ . El hito para este resultado será contar con niñas y niños con apego seguro a los 12 meses.
3. Niñas y niños de 0 a 36 meses de edad con un adecuado estado nutricional.	Definido por dos parámetros para ser observados en las niñas y los niños durante los primeros 36 meses: i) mantener la longitud o talla igual a la esperada para su edad y sexo según la población de referencia establecida por la Organización Mundial de la Salud; y ii) mantener niveles suficientes de hierro con niveles de hemoglobina mayor o igual a 11 g/dL o 110 g/L ²¹

18 http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon_report.pdf

19 Es aquel padre, madre o cuidador permanente que establece lazos emocionales íntimos con la niña, niño durante la infancia; y a quien recurre en busca de protección, consuelo y apoyo.

20 Si bien existen autores que señalan que el apego seguro se establece hacia los 18 meses, la definición de la edad de 12 meses ha sido propuesta desde una perspectiva preventiva.

21 Valor de la hemoglobina en niñas y niños que viven en zonas a nivel del mar.

4. Niñas y niños de 9 a 36 meses de edad se comunican verbalmente de forma efectiva.

Es la capacidad de las niñas y los niños para comunicar y expresar lo que sienten, piensan y conocen a través de su lengua materna. A medida de que las niñas y los niños van creciendo, los intercambios lingüísticos se van adecuando a las situaciones comunicativas y a los diferentes contextos²². El hito para este resultado será contar con niñas y niños con comunicación verbal efectiva a los 36 meses.

5. Niñas y niños de 12 a 18 meses de edad caminan solos.

Es la habilidad que desarrollan las niñas o los niños para desplazarse caminando libremente, sin necesidad de detenerse a cada paso para regular el equilibrio, por propia iniciativa, sin ayuda ni incitación. El hito para este resultado será contar con niñas y niños que logran caminar solos a los 18 meses.

6. Niñas y niños de 2 a 5 años aprenden a regular sus emociones y comportamientos.

La regulación de emociones es la capacidad para reconocer, expresar y comunicar las emociones, así como moderar o manejar las reacciones ante situaciones intensas, sean positivas o negativas. Consiste en percibir, sentir y vivenciar el estado afectivo y, a partir de esta información, actuar sin agredir ni exponerse a riesgos. Si bien se logra en un periodo más largo de la vida, las niñas y los niños pueden iniciar este aprendizaje de manera consciente desde los dos años de edad. El hito para este resultado será contar con las niñas y los niños que regulen sus emociones y comportamientos de acuerdo con su edad.

7. Niñas y niños de 2 a 5 años desarrollan función simbólica (representan sus vivencias).

Es la capacidad de las niñas y los niños de evocar en su mente un objeto o acontecimiento ausente y está compuesto de cinco conductas: (1) imitación en ausencia del modelo, (2) juego simbólico (o juego de ficción), (3) dibujo – imagen gráfica, (4) imagen mental – como imitación interiorizada y (5) lenguaje – evocación verbal de acontecimientos no actuales. El hito para este resultado será contar con niñas y niños que desarrollen función simbólica a los cinco años.

9.17. Para el logro de estos resultados es necesario que la niña y el niño tengan un entorno favorable: su familia y la comunidad deben garantizar las condiciones necesarias para su desarrollo integral. La familia es el espacio formador fundamental, allí donde se establecen los principales lazos afectivos, se desarrollan las oportunidades de relación y comunicación, la regulación de emociones, la convivencia e interdependencia de sus miembros y las costumbres, creencias y valores. Por ello, el Estado debe establecer políticas que garanticen las condiciones necesaria para el desarrollo de las familias. Asimismo, se deberá considerar la diversidad individual de las niñas y los niños.



Factores priorizados según momentos críticos por etapa de vida

9.18. Para lograr los siete resultados es prioridad que el Estado concentre sus esfuerzos en actuar sobre los siguientes nueve grupos de factores:

1. Eliminar el deficiente estado nutricional de micronutrientes que afecta a las mujeres desde antes de la concepción y durante el embarazo así como a sus hijas e hijos, en especial en los primeros 24 meses de vida.
2. Reducir los riesgos que afectan el estado de salud de la gestante, del feto y del recién nacido, específicamente de tres factores:

i) La presencia de las infecciones del tracto urinario (ITU), las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; ii) la hipertensión gestacional; y, iii) el embarazo en la adolescencia.

3. Reducir los riesgos que afectan el estado emocional de la gestante y de la madre abordando con prioridad la presencia de la depresión, la ansiedad y el estrés durante el embarazo y en los primeros 12 meses después del parto.

4. Modificar los estilos de vida no saludables en las mujeres gestantes. El mayor interés

radica en eliminar el tabaquismo y el alcoholismo.

5. Eliminar cualquier forma de violencia hacia las niñas, los niños y la mujer, para lo cual es necesario: i) promover la igualdad de género; ii) impulsar una actitud menos tolerante frente a la violencia en las comunidades; iii) evitar la exposición a temprana edad a situaciones de violencia, específicamente de los menores de cinco años; y, iv) eliminar la falsa creencia en la madre, padre y cuidadores sobre la efectividad de la violencia como método de disciplina.

6. Reducir la exposición de las niñas y los niños menores de 24 meses

Antes de los tres años de edad, es necesario asegurar prácticas saludables y condiciones adecuadas en el hogar.

a tres grupos de enfermedades infecciosas: i) la enfermedad diarreica aguda (EDA); ii) las infecciones respiratorias agudas (IRA); y, iii) las infecciones asintomáticas que afectan la absorción de los nutrientes (enteropatía ambiental).

7. Promover en las madres con niñas y niños menores de 24 meses la adopción de tres prácticas saludables:
- i) lactancia materna exclusiva; ii) alimentación complementaria; y, iii) higiene y lavado de manos.

8. Fomentar la interacción de calidad entre adultos - niñas y niños: i) fortalecer la sensibilidad de la madre o del adulto

significativo en los primeros 12 meses; ii) reducir el riesgo de la ausencia de cuidados parentales; iii) asegurar la presencia de la figura de apego, en especial en los primeros 12 meses; iv) incentivar las prácticas de crianza que promueven el desarrollo infantil; v) impulsar el juego infantil con la participación activa del cuidador principal y con otras niñas y niños; y vi) favorecer el acceso de niñas y niños a experiencias educativas significativas.

Contar con un espacio seguro, limpio y organizado facilita que la niña y el niño logren caminar solos antes de los 18 meses.

9. Propiciar el desarrollo de entornos físicos y sociales facilitadores y seguros para el crecimiento saludable y el desarrollo de la niña y el niño,

para lo cual es indispensable actuar en: i) mejorar las condiciones de acceso físico al agua y a tecnologías seguras para la eliminación de excretas; ii) adecuar las condiciones físicas básicas de la vivienda que reduzcan el riesgo de transmisión de parásitos, la contaminación intradomiciliaria y el efecto de las bajas temperaturas; iii) organizar los espacios físicos de la vivienda y de los centros de atención (recreación, comunitarios, salud, educativos) de tal manera que sean seguros y con los materiales pertinentes que faciliten el juego y la exploración autónoma de niñas y niños.

9.19. Los factores se detallan en las siguientes tablas, en las cuales se señala el factor priorizado y las características relevantes, como el factor específico (¿Qué?) y la población en la que ocurre o puede ocurrir el factor (¿En quiénes?).

Estar acompañado por un adulto comprensivo permite que la niña y el niño aprenda a manejar sus emociones.

A continuación se muestra las **Tablas N.º 02 y 03**, que describe los factores priorizados según etapas de vida y entorno físico:



Tabla N° 02

Factores priorizados según etapas de vida

Factores priorizados	Características relevantes según las evidencias revisadas
I. Antes del embarazo	
Estado nutricional	<p>¿Qué?: Deficiencia de hierro y ácido fólico.</p> <p>¿En quiénes?: Adolescentes y mujeres en edad fértil.</p>
II. Durante el embarazo	
Estado nutricional	<p>¿Qué?: Deficiencia de hierro, ácido fólico y calcio.</p> <p>¿En quiénes?: Gestantes desde el inicio del embarazo (con énfasis en el primer trimestre) hasta el final de embarazo.</p>
Estado de salud	<p>¿Qué?: Infecciones del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazo adolescente.</p> <p>¿En quiénes?: Gestantes en el primer trimestre de embarazo.</p>
Estado emocional	<p>¿Qué?: Depresión, estrés y ansiedad.</p> <p>¿En quiénes?: Gestantes.</p>
Estilos de vida	<p>¿Qué?: Tabaquismo y alcoholismo.</p> <p>¿En quiénes?: Gestantes.</p>
Violencia hacia las mujeres en edad fértil, gestantes y madres ²³	<p>a. Relaciones desiguales de poder en la familia</p> <p>¿Qué?: Patrones socioculturales: patriarcales y machistas.</p> <p>¿En quiénes?: Madres, padres y cuidadores de niñas y niños hasta los 5 años.</p>

b. Haber sufrido o sido testigo de violencia

¿Qué?: Predisposición al ejercicio de la violencia debido al historial de violencia.

¿En quiénes?: Madres, padres y cuidadores de niñas y niños hasta los 5 años.

c. Tolerancia frente a la violencia.

¿Qué?: Aceptación social de la violencia y débil capital social en la comunidad.

¿En quiénes?: Comunidad y escuela.

III. Desde el nacimiento hasta los 36 meses

Estado de salud de la recién nacida o el recién nacido

a. Peso adecuado al nacer

¿Qué?: Peso al nacer superior a 2 500 gr.

¿En quiénes?: Recién nacidos.

b. Recién nacido a término

¿Qué?: Nacimiento entre 37 a 41 semanas de gestación.

¿En quiénes?: Recién nacidos.

Estado de salud de la niña y el niño de 0 a 24 meses

¿Qué?: Enfermedades infecciosas tales como: enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA) y enteropatía ambiental.

¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 24 meses.

Estado de nutrición de la niña y el niño menores de 24 meses

a. Adecuado crecimiento de la niña y el niño (sin desnutrición crónica infantil).

¿Qué?: Longitud o talla igual a la esperada para su edad y sexo, según la población de referencia establecida por la OMS.

¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 24 meses.

Factores priorizados	Características relevantes según las evidencias revisadas
	<p>b. Suficiencia de micronutrientes ¿Qué?: Niveles suficientes de hierro con niveles de hemoglobina mayor o igual a 11 g/dL o 110 g/L. ¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 24 meses.</p>
<p>Prácticas de salud y alimentación de la niña y el niño de 0 a 24 meses</p>	<p>¿Qué?: Prácticas de lavado de manos, lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. ¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 24 meses.</p>
<p>Deficiencias sensoriales, intelectuales y físicas</p>	<p>¿Qué?: Deficiencias sensoriales, intelectuales y físicas que incluyen los trastornos del espectro del autismo. ¿En quiénes?: En recién nacidos y en niñas y niños menores de 60 meses.</p>
<p>Estado emocional de la madre</p>	<p>¿Qué?: Depresión posparto, depresión y estrés. ¿En quiénes?: Madres con niñas y niños desde el nacimiento hasta los 12 meses.</p>
<p>Sensibilidad del adulto</p>	<p>¿Qué?: Habilidad para percibir, interpretar y responder a las señales de la niña o el niño de manera apropiada y oportuna. ¿En quiénes?: Madre, padre o cuidador principal de niñas y niños menores de 24 meses.</p>
<p>Ausencia de la figura de apego (temporal y física)</p>	<p>¿Qué?: Separación o ausencia por un lapso de tiempo de la madre o adulto significativo por situaciones como jornada laboral, hospitalización u otra situación. ¿En quiénes?: Madre, padre u otro adulto significativo de niñas y niños menores de 12 meses.</p>

Apego seguro

¿Qué?: Vínculo afectivo que se forma entre el bebé y adulto significativo desde el momento del nacimiento y que permite construir un lazo emocional íntimo entre ellos. Esto favorece: i) el sentido de confianza para explorar su entorno inmediato, de modo de sostener la acción motora; ii) las interacciones comunicativas de la niña y el niño; y iii) la exploración y la apertura hacia el aprendizaje.

¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 12 meses.

Precursores del desarrollo motor

¿Qué?: Proceso progresivo que permite el control del cuerpo. Contempla: reflejos, control cefálico, sentarse, pararse por sí solo y coger objetos.

¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 12 meses.

Precursores del desarrollo de la comunicación verbal

Comunicación no verbal

¿Qué?: Discriminación de sonidos y uso de gestos y sonidos.

¿En quiénes?: Niñas y niños de 4 a 9 meses y 4 a 12 meses, respectivamente.

Calidad de las interacciones

a. Interacción social

¿Qué?: Patrones, prácticas de crianza, diversidad cultural que define la verbalización, regularidad, disponibilidad y consonancia afectiva del adulto con la niña y el niño.

¿En quiénes?: Madre, padre, cuidador principal y otros miembros de su entorno.

b. Estilos parentales

¿Qué?: Modelos o tipos de interacción en el cuidado parental.

¿En quiénes?: Madre, padre, cuidador principal de niñas y niños mayores de 12 meses.

c. Juego e interacción

¿Qué?: Tiempo y dedicación al juego con un adulto que lo acompaña.

¿En quiénes?: Adultos, niñas y niños.

Factores priorizados	Características relevantes según las evidencias revisadas
Comunicación verbal	<p>¿Qué?: Uso de palabras a través de su lengua materna para favorecer: i) expresar y manejar sus emociones; y ii) ideas, vivencias y necesidades.</p> <p>¿En quiénes?: Niñas y niños de 9 a 36 meses.</p>
Precursores del desarrollo de la regulación de emociones y comportamientos	<p>a. Apego seguro</p> <p>¿Qué?: Vínculo afectivo que se forma entre el bebé y su adulto significativo desde el momento del nacimiento y que permite construir un lazo emocional íntimo entre ellos.</p> <p>¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 12 meses.</p> <p>b. Identidad personal y social</p> <p>¿Qué?: Autoconciencia (conciencia de sí mismo y sentido de pertenencia a una familia y comunidad).</p> <p>¿En quiénes?: Niñas y niños desde los 12 meses.</p>
Caminar solo	<p>¿Qué?: Habilidad para desplazarse caminando libremente, sin necesidad de detenerse a cada paso para regular el equilibrio, por propia iniciativa, sin ayuda ni incitación. Favorece: i) la relación con los objetos y representación de situaciones; y ii) la relación con los objetos y personas de su entorno.</p> <p>¿En quiénes?: Niñas y niños de 12 a 18 meses.</p>
Precursores del desarrollo de la función simbólica	<p>¿Qué?: Permanencia del objeto, relación con los objetos y representación de situaciones.</p> <p>¿En quiénes?: Niñas y niños de 8, 9 y 18 meses, respectivamente.</p>

Violencia hacia las niñas y los niños²⁴

a. Violencia como método disciplinario.

¿Qué?: Percepción sobre la efectividad de la violencia y atención de la discapacidad infantil.

¿En quiénes?: Madres, padres y cuidadores de niñas y niños hasta los 5 años.

b. Relaciones desiguales de poder en la familia.

¿Qué?: Valores socioculturales: patriarcales y machistas.

¿En quiénes?: Madres, padres y cuidadores de niñas y niños hasta los 5 años.

c. Haber sufrido o sido testigo de violencia.

¿Qué?: Predisposición al ejercicio de la violencia debido al historial de violencia.

¿En quiénes?: Madres, padres y cuidadores de niñas y niños hasta los 5 años.

d. Tolerancia frente a la violencia.

¿Qué?: Aceptación social de la violencia y débil capital social en la comunidad.

¿En quiénes?: Comunidad y escuela.

Ausencia de cuidados parentales²⁵

¿Qué?: Situación de institucionalización de niñas y niños.

¿En quiénes?: Niñas y niños hasta los 5 años.

24 Se incluye el factor hacia las niñas y los niños en esta etapa por ser la de mayor relevancia.

25 Se incluye el factor de ausencia en cuidados parentales debido a la relevancia en esta etapa.

Factores priorizados

Características relevantes según las evidencias revisadas

IV. De los 3 hasta los 5 años

En esta etapa de vida es importante continuar en la incidencia de los factores que se presentaron en la etapa anterior para asegurar la consolidación de capacidades/habilidades iniciadas.

Factores y precursores de la regulación de emociones y de la función simbólica

a. Apego seguro

¿Qué?: Seguridad que desarrolla la niña o el niño que favorece la exploración y la apertura hacia el aprendizaje.

¿En quiénes?: Niñas y niños menores de 12 meses (momento crítico en el que se va estableciendo el apego seguro). Posteriormente, de los 3 a 5 años, se debe afianzar los vínculos afectivos que se establecen con las personas.

b. Comunicación verbal

¿Qué?: El desarrollo de la comunicación verbal permitirá a la niña o el niño comprender y expresar ideas, vivencias, necesidades, emociones, estados de ánimo y manejar su comportamiento, mediado a partir de la palabra.

¿En quiénes?: Se espera consolidar esta habilidad en niñas y niños de 9 a 36 meses (como período crítico para el desarrollo de la comunicación verbal) y de 3 a 5 años.

c. Identidad personal y social

¿Qué?: Autoconciencia (conciencia de sí mismo y sentido de pertenencia a una familia y comunidad).

¿En quiénes?: Niñas y niños desde los 12 meses.

d. Calidad de las interacciones

¿Qué?: Interacción social, estilos parentales y el juego.

¿En quiénes?: Madre, padre, cuidador principal, maestros, pares y otros miembros de su entorno.

Tabla N° 03

Factores priorizados del entorno físico

Factores priorizados	Características relevantes según las evidencias revisadas
Entorno físico de la vivienda	<p>a. Agua y saneamiento. ¿Qué?: Acceso físico al agua y sistema de eliminación de excretas. ¿En quiénes?: Hogares con niñas y niños menores de 5 años.</p>
	<p>b. Condiciones físicas de la vivienda. ¿Qué?: Piso, temperatura y contaminación intradomiciliaria debido a combustión (leña, bosta). ¿En quiénes?: Hogares con niñas y niños menores de 5 años.</p>
	<p>c. Ambientes y espacios físicos. ¿Qué?: Características del espacio (seguro, organizados), disponibilidad y variedad de materiales concretos. ¿En quiénes?: Hogares con niñas y niños menores de 5 años.</p>
Entorno social	<p>a. Escenarios o contextos comunicativos. ¿Qué?: Exposición a entornos que facilitan la comunicación (ambiente libre de ruidos, espacios de diálogo, espacios culturales, entre otros). ¿En quiénes?: Hogar, escuela y comunidad.</p>
	<p>b. Nivel educativo ¿Qué?: Años de escolaridad. ¿A quiénes?: Cuidador principal.</p>

Las intervenciones

9.20. Las intervenciones son el conjunto de acciones identificadas a partir de la evidencia científica recopilada, cuya realización está orientada a generar cambios en los factores o resultados priorizados como parte del DIT.

9.21. Las intervenciones priorizadas en los presentes lineamientos corresponden a aquellas acciones específicas que deben ser llevadas a cabo para lograr incidir en los factores causales o asociados priorizados o, de ser el caso, directamente en los resultados como parte del marco conceptual DIT. La priorización de estas intervenciones se sustenta en la mejor evidencia científica disponible.

9.22. Las intervenciones que el Estado debe proveer a las/os ciudadanas/os para incidir en los factores priorizados y, consecuentemente, en los resultados,

son las que se presentan en la **Tabla N.º 4**: el detalle de las intervenciones ordenadas por etapa de vida, según el contenido de la intervención (¿qué?), la razón o importancia de ella (¿por qué?), la frecuencia y los encargados de su desarrollo (¿quién la entrega?); sobre dicha intervención se debe incidir para lograr los resultados deseados en las niñas y los niños peruana/os. Complementariamente se presentan las intervenciones que inciden en el entorno y contribuyen hacia la mitigación de la violencia en mujeres, niñas y niños (**Tablas N.º 5** y **N.º 6**).

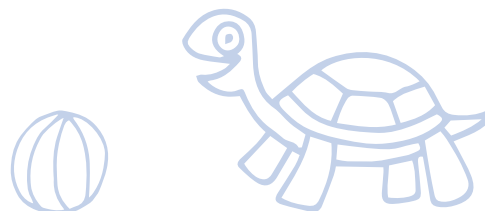


Tabla N° 04

Intervenciones priorizadas según etapa del ciclo de vida

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
<p>I. Antes del embarazo</p> <p>Suplementación con micronutrientes a adolescentes escolares</p>	<p>¿Qué?: Suplemento con hierro y ácido fólico (60mg Fe) con consejería y acompañamiento.</p> <p>¿A quiénes?: Adolescentes escolares.</p> <p>¿Por qué?: Favorece la prevención de defectos en el tubo neural, mayor hemoglobina y hierro en la mujer y menor riesgo de anemia durante el embarazo.</p> <p>Frecuencia: Semanal, en ciclos de 3 meses de consumo y 3 meses de descanso.</p> <p>¿Quién entrega?: Maestros, durante el horario escolar.</p>
<p>II. Durante el embarazo</p> <p>Suplementación con multimicronutrientes a gestantes</p>	<p>¿Qué?: Suplemento con multimicronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) desde el primer trimestre.</p> <p>¿A quiénes?: Gestantes desde el primer trimestre hasta el final del embarazo.</p> <p>¿Por qué?: Favorece prevención de defectos en el tubo neural, mayor hemoglobina y ferritina y menor riesgo de deficiencia de hierro en la o el recién nacida o nacido.</p> <p>Frecuencia: Diaria, desde el primer trimestre hasta el parto.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud.</p>
<p>Consejería y acompañamiento sobre sensibilidad materna</p>	<p>¿Qué?: Consejería y acompañamiento para informar la importancia de la sensibilidad materna: conciencia e interpretación de las señales, así como respuesta apropiada y rápida, vinculada con el cuidado infantil.</p>

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
Consejería sobre lactancia materna exclusiva	<p>¿A quiénes?: Gestantes del último trimestre.</p> <p>¿Por qué?: Mejora la sensibilidad de la madre o del adulto significativo, factor indispensable para lograr el apego seguro antes de los 12 meses.</p> <p>Frecuencia: 2 sesiones antes del parto.</p> <p>¿Quién entrega?: Preferentemente profesionales.</p>
Tamizaje, detección y tratamiento de depresión, ansiedad y estrés de las gestantes y madres con niñas y niños menores de 5 años	<p>¿Qué?: Consejería interpersonal sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años de vida.</p> <p>¿A quiénes?: Gestantes en el último trimestre y madres con niñas y niños menores de 6 meses.</p> <p>¿Por qué?: Incrementa la tasa de inicio de lactancia materna en la primera hora, favorece la exclusividad por mayor tiempo en los primeros 6 meses, y mayor duración en los 2 años y mejores resultados de salud en las niñas y niños.</p> <p>Frecuencia: 3 sesiones en periodo prenatal, 8 sesiones en periodo posnatal.</p> <p>¿Quién entrega?: Pares/agentes comunitarios (madres que hayan dado de lactar y que hayan sido entrenadas en consejería sobre LME).</p> <p>a. Tamizaje</p> <p>¿Qué?: Aplicación de pruebas psicológicas para la detección temprana de depresión, ansiedad y estrés.</p> <p>¿A quiénes?: Gestantes y madres con niñas y niños menores de 5 años.</p> <p>¿Por qué?: Valora tempranamente el riesgo de depresión o su diagnóstico en la gestante o madre.</p> <p>Frecuencia: En la primera visita de control prenatal y una durante el primer mes posparto.</p> <p>¿Quién entrega?: Autoaplicado durante la atención prenatal o en los controles posparto en los servicios obstétricos.</p>

b. Tratamiento:

¿Qué?: Psicoterapia interpersonal.

¿A quiénes?: Gestantes y madres con riesgo de depresión o con diagnóstico de depresión.

¿Por qué?: Mejora los síntomas depresivos.

Tamizaje y tratamiento de ITU, ITS y VIH

¿Qué?: Detección y tratamiento de infecciones del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual y VIH.

¿A quiénes?: Gestantes.

¿Por qué?: Reduce riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer.

¿Quién entrega?: Personal de salud.

III. Desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad

Contacto piel a piel

¿Qué?: Consiste en ubicar al recién nacido desnudo, con la espalda cubierta con una manta temperada, en posición de cúbito ventral, sobre el pecho desnudo de la madre.

¿A quiénes?: Recién nacidos.

¿Por qué?: Favorece el inicio y mayor duración de la lactancia, menor estado de ansiedad de la madre y mayor contacto afectivo.

¿Cuándo?: Al momento del nacimiento.

¿Quién entrega?: Personal de salud.

Clampaje tardío del cordón umbilical

¿Qué?: Pinzamiento del cordón umbilical 2 a 3 minutos después del nacimiento.

¿A quiénes?: Neonatos.

¿Por qué?: Favorece un mejor nivel de hemoglobina, hematocrito y ferritina por lo menos hasta los 3 meses.

¿Cuándo?: Al momento del nacimiento.

¿Quién entrega?: Personal de salud.

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
Tamizaje de las deficiencias y trastornos en las niñas y niños	<p>Pruebas de tamizaje de deficiencias y detección de hipoacusia</p> <p>¿Qué?: Pruebas de tamizaje neonatal y prueba de otoemisiones evocadas transitorias.</p> <p>¿A quiénes?: Recién nacidas o nacidos antes del alta.</p> <p>¿Por qué?: Permite la detección temprana de riesgo de deficiencias.</p> <p>Frecuencia: 1 vez antes del alta hospitalaria.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud.</p>
Consejería y acompañamiento sobre sensibilidad materna	<p>¿Qué?: Consejería y acompañamiento para informar la importancia de la sensibilidad materna: conciencia e interpretación de las señales, respuesta apropiada y rápida vinculada con el cuidado y el desarrollo infantil. Prácticas de interacción madre/adulto significativo – niña/niño, uso de videos de <i>feedback</i>.</p> <p>¿A quiénes?: Madres u otro adulto significativo.</p> <p>¿Por qué?: Permite promover la sensibilidad de la madre/adulto significativo.</p> <p>Frecuencia: 1 mensual durante los 6 primeros meses y 2 mensuales de los 6 a los 12 meses.</p> <p>¿Quién entrega?: Preferentemente profesionales.</p>
Suplementación con hierro a niñas y niños antes de los 6 meses	<p>a. Niñas y niños a término con Lactancia Materna Exclusiva (LME)</p> <p>¿Qué?: Suplemento con hierro 1-2 mg/kg/día en gotas.</p> <p>¿A quiénes?: Niñas y niños entre 4 y 6 meses con LME.</p> <p>¿Por qué?: Mejora los niveles de hierro al cumplir los 6 meses de edad</p> <p>Frecuencia: Diaria, a partir de los 4 meses hasta los 6 meses.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud.</p> <p>b. Niñas y niños con factores de riesgo</p> <p>¿Qué?: Suplemento con hierro 1-2 mg/kg/día en gotas.</p> <p>¿A quiénes?: Niñas y niños prematuros, bajo peso al nacer o hijas/os de madres con diabetes.</p>

¿Por qué?: Reduce el riesgo de la deficiencia de hierro.
Frecuencia: Diaria a partir de los 2 meses hasta los 6 meses.
¿Quién entrega?: Personal de salud.

Suplementación con micronutrientes a niñas y niños de 6 a 36 meses

¿Qué?: Suplementación con micronutrientes. Indispensable: 12.5mg Fe, 300µg retinol, 5mg gluconato Zn.
¿A quiénes?: Niñas y niños de 6 a 36 meses.
¿Por qué?: Previene la deficiencia de hierro y anemia en niñas y niños
Frecuencia: Inicio a los 6 meses de edad, administración diaria.
¿Quién entrega?: Personal de salud.

Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños de 6 a 36 meses

¿Qué?: Tratamiento con sales ferrosas.
¿A quiénes?: Niñas y niños con diagnóstico de anemia.
¿Por qué?: Recuperación de la anemia y mitigación de la deficiencia de hierro.
Frecuencia: Diaria, de acuerdo con la severidad de la anemia
¿Quién entrega?: Personal profesional de salud.

Licencia pre y posnatal de al menos 6 meses en conjunto²⁶

¿Qué?: Ampliar el tiempo de licencia pre y posnatal a 6 meses en conjunto: i) el permiso debe ser pagado; ii) flexibilidad (que sea un acto voluntario); y iii) contemplar la inclusión del padre en el mecanismo de licencia.
¿A quiénes?: Madres trabajadoras.
¿Por qué?: Permite contar con mayor tiempo de cuidado de la madre al bebé e incrementa la intensidad del vínculo afectivo.

Consejería sobre alimentación complementaria a madres o cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses

¿Qué?: Consejería interpersonal y sesiones demostrativas con tres mensajes claves: continuar lactancia durante etapa de alimentación complementaria, alimentos espesos y de origen animal e higiene en la preparación de alimentos.
¿A quiénes?: Madres con niñas y niños de 6 a 24 meses
¿Por qué?: Se logra menor riesgo de retraso en el crecimiento y se reduce la morbilidad de niñas y niños por EDA e IRA.

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
<p>Consejería y acompañamiento para la promoción del desarrollo motor de la niña y niño</p>	<p>Frecuencia: 8 consejerías a familias con niñas y niños a partir de los 6 meses.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud o agentes comunitarios o voluntarios.</p> <hr/> <p>¿Qué?: Consejería y acompañamiento para informar sobre la importancia del desarrollo motor en la niña y el niño a partir del juego libre y la interacción; y las condiciones que lo favorecen: características del desarrollo motor, espacio seguro (piso firme, limpio, iluminado, ventilado, que permita el desplazamiento), vestimenta que permita desplazamiento, materiales que permitan la manipulación y exploración, adulto que acompaña y responde a la iniciativa de la niña y el niño. Evitar uso de andadores y corralitos.</p> <p>¿A quiénes?: Madres, padres, cuidadores de niñas y niños menores de 18 meses.</p> <p>¿Cuándo?: Hasta los 18 meses.</p> <p>¿Por qué?: Mejora las prácticas parentales que favorecen el desarrollo motor de las niñas y los niños.</p> <p>Frecuencia: 3 sesiones educativas grupales y 10 visitas de acompañamiento al hogar.</p> <p>¿Quién entrega?: Profesionales, técnicos y agentes comunitarios capacitados.</p>
<p>Consejería sobre lavado de manos a madres o cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses</p>	<p>¿Qué?: Visita domiciliaria para promover el lavado de manos con agua y jabón en tres momentos clave: después de usar el baño y antes de preparar los alimentos y de alimentar a las niñas y los niños.</p> <p>¿A quiénes?: Madres, padres, cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses.</p> <p>¿Por qué?: Incrementa la adopción de la práctica de lavado de manos, la cual -a su vez- reduce el riesgo de diarrea e infecciones respiratorias agudas.</p>

Frecuencia: Consejería semanal, al menos 8 sesiones.

¿Quién entrega?: Profesionales y técnicos de salud o agentes comunitarios o voluntarios.

Sesiones educativas y acompañamiento para promover la práctica de narraciones dialogadas

¿Qué?: Sesiones educativas y acompañamiento para promover la práctica de narraciones dialogadas (transmisión verbal de historias, cuentos, mitos, entre otros, con o sin apoyo de imágenes) entre adultos (madres, padres y cuidadores principales) y la niña y el niño en la lengua materna.

¿A quiénes?: Madres, padres y cuidadores

¿Cuándo?: De los 9 a los 36 meses.

¿Por qué?: Mejora las prácticas parentales que favorecen el desarrollo de la comunicación verbal.

¿Quién?: Capacitador profesional con experiencia en desarrollo infantil.

Consejería, acompañamiento y sesiones educativas para promover la interacción adulto - niña o niño

¿Qué?: Consejería, acompañamiento y sesiones educativas para mejorar la capacidad de comunicarse de la niña y el niño, en temas sobre la importancia de la interacción adulto-niña/niño con regularidad, disponibilidad, consonancia afectiva y a favor de la verbalización.

¿A quiénes?: Madres, padres y cuidadores.

¿Cuándo?: De los 9 a 36 meses.

¿Por qué?: Incrementar las prácticas parentales que favorecen el desarrollo de la comunicación de la niña y el niño.

Frecuencia: 4 sesiones de 20 minutos a la semana durante 6 meses.

¿Quién entrega?: Profesionales.

Inmunizaciones antes de 24 meses

a. Contra el Rotavirus

¿Qué?: Aplicación de la vacuna contra rotavirus.

¿A quiénes?: Niñas y niños menores de 12 meses.

¿Por qué?: Reduce los casos de diarrea y diarrea severa.

Frecuencia: Dos dosis, a los 2 y 4 meses .

¿Quién entrega?: Personal de salud.

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
	<p>b. Contra el neumococo</p> <p>¿Qué?: Aplicación de la vacuna contra el neumococo.</p> <p>¿Por qué?: Reduce los casos y hospitalizaciones por neumonía.</p> <p>Frecuencia: Tres dosis, a los 2, 4 y 12 meses.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud.</p>
<p>Tratamiento de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de 5 años</p>	<p>Manejo del episodio de diarrea:</p> <p>¿Qué?: Rehidratación con sales orales.</p> <p>¿Por qué?: Reduce la mortalidad por diarrea.</p> <p>Frecuencia: Después de cada deposición líquida o diarrea.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud, agentes comunitarios o familia.</p> <p>¿Qué?: Suplemento con zinc.</p> <p>¿Por qué?: Reduce la duración de la diarrea, frecuencia, volumen y recaída.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud.</p>
<p>IV. Desde los 3 hasta los 5 años de edad</p> <p>En esta etapa de vida es importante continuar en la incidencia de las intervenciones que afectan directamente al desarrollo y al aprendizaje presentados en la etapa anterior para asegurar la consolidación de capacidades/habilidades iniciadas.</p>	
<p>Tamizaje de las deficiencias y trastornos en las niñas y los niños</p>	<p>¿Qué?: Aplicación de pruebas para la detección temprana de deficiencias en el desarrollo (sensoriales, intelectuales, físicas) y trastorno del espectro autista.</p> <p>¿A quiénes?: Niñas y niños menores de 5 años.</p> <p>¿Por qué?: Permite la detección temprana de riesgo de retrasos en el desarrollo.</p> <p>Frecuencia: Periódicamente en consultas de crecimiento y desarrollo.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal de salud.</p>

Sesiones educativas grupales dirigidas a madres y padres para promover el aprendizaje de la regulación de emociones y comportamiento en niñas y niños

¿Qué?: Sesiones educativas grupales dirigidas a madres y padres para informar acerca de prácticas y conductas positivas del adulto frente al comportamiento de la niña y el niño, organización de rutinas y normas de convivencia y reconocimiento de las acciones positivas de la niña y el niño.
¿A quiénes?: Madres, padres y cuidadores de niñas y niños de 2 a 5 años.
¿Por qué?: Favorece las prácticas y conductas positivas de las madres y padres frente a la niña y al niño.
Frecuencia: 10 sesiones entre 3 y 5 meses.
¿Quién entrega?: Profesionales.

Sesiones educativas grupales dirigidas a docentes para promover el aprendizaje de la regulación de emociones y comportamiento en niñas y niños

¿Qué?: Sesiones educativas grupales dirigidas a maestras y maestros acerca de cómo incentivar en la niña y el niño el reconocimiento de emociones, estrategias de autocontrol y resolución de problemas, mejorar el auto concepto y la relación con sus pares.
¿A quiénes?: Docentes de niñas y niños de 2 a 5 años.
¿Por qué?: Favorece las prácticas y conductas positivas de los maestros frente a la niña y niño.
Frecuencia: Sesiones durante un año y acompañamiento mensual a la maestra o maestro.
¿Quién entrega?: Profesionales.

Promoción del juego libre

¿Qué?: El juego libre en los servicios de atención y hogar de las niñas y los niños que les permita representar y reelaborar sus vivencias en un espacio organizado con materiales diversos, acompañados por un adulto que los ayude a reconocer sus emociones, verbalizar y establecer relaciones sin interferir en su juego.
¿A quiénes?: Madres, padres, docentes y cuidadores.
¿Cuándo?: De los 2 a los 5 años.
¿Por qué?: Favorece la regulación de emociones y comportamientos y la función simbólica.
Frecuencia: Entre 30 y 50 minutos diarios.
¿Quién entrega?: Profesional (cuidador/a).

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
Exposición a experiencias significativas en los servicios de atención a las niñas y los niños que promueven el aprendizaje	<p>¿Qué?: Metodología de enseñanza-aprendizaje activa que se caracteriza por: i) partir de sus actividades cotidianas e iniciativas; ii) dar oportunidad para expresar, argumentar, hacer preguntas y llegar a conclusiones; iii) organizar las actividades propuestas por el adulto a partir de las características, necesidades e intereses de las niñas y los niños en secuencias con miras a una progresión de los aprendizajes (del objeto a la representación), teniendo en cuenta las posibilidades de las niñas y los niños; iv) promover el ensayo – error para resolver situaciones; v) ofrecer continuidad en el desarrollo de un tema de modo de promover la capacidad de indagación; y vi) disponer interacciones variadas (pares, familia y comunidad).</p> <p>¿A quiénes?: Niñas y niños de 3 a 5 años.</p> <p>¿Cuándo?: De los 3 a los 5 años.</p> <p>¿Por qué?: Favorece el desarrollo de la función simbólica.</p> <p>¿Quién entrega?: Profesional (cuidador/a).</p>

Tabla N° 05

Intervenciones para prevenir o mitigar el impacto de la violencia en niñas, niños y mujeres, así como la ausencia de cuidados parentales

Intervenciones

Características relevantes según las evidencias revisadas

En niñas y niños

Promoción de prácticas adecuadas de crianza y métodos de disciplina sin violencia

a. Consejería a familias para prevenir la violencia en niñas y niños.

¿Qué?: Intervención preventiva de apoyo para mejorar la salud y el desarrollo posnatal de las niñas y los niños y así ayudar a la madre (y otros miembros de la familia) a proporcionarle un cuidado responsable y competente.

¿A quiénes?: Mujeres gestantes primerizas y madres con niñas y niños menores de 2 años.

¿Por qué?: Reduce el número de visitas de niñas y niños al departamento de emergencia por lesiones e indigestión, así como el maltrato infantil y trato negligente.

Frecuencia: Se efectúan de 5 a 9 visitas (75 a 90 minutos de duración) antes del parto y entre 21 y 26 visitas luego del nacimiento hasta los dos años de edad de la niña y el niño.

¿Quién entrega?: Enfermera/o capacitada/o.

b. Grupos de interaprendizaje de padres y parejas para prevenir la violencia.

¿A quiénes?: Padres (papá) de familias recientes y parejas (madre-padre) de manera diferenciada.

Frecuencia: 16 sesiones de 2 horas de duración.

¿Quién entrega?: Profesional de salud.

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
	<p>c. Intervenciones de sensibilización, capacitación y acompañamiento a madres y padres, diferenciadas por factores de riesgo.</p> <p>¿Qué?: Intervenciones preventivas para mejorar la competencia de los padres y modificar las prácticas de crianza disfuncionales. Promueven prácticas de paternalidad positiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de comunicación para población en general. - Seminarios a madres y padres sin violencia pero con preocupación por sus hijos (3 seminarios). - Consejería a madres/padres con hijos con dificultades ligeras (4 sesiones). - Consejería individual (10 sesiones) y grupal (12 sesiones) dificultades de conducta severa de manera individual y colectiva. - Apoyo intensivo para familias con problemas serios. <p>¿A quiénes?: Madres y padres de niñas y niños de 0 a 5 años.</p> <p>Frecuencia: De acuerdo con el requerimiento de la población por ser intervenida, pudiendo entregarse de manera diferenciada y flexible.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal especializado.</p>
	<p>d. Adecuación normativa para prohibir el castigo físico y toda forma de violencia a niñas y niños.</p> <p>¿Qué?: Aprobación de una norma expresa que prohíba el castigo físico y toda forma de violencia a niñas y niños.</p> <p>¿Por qué?: Contribuye a contar con un marco normativo que impide el uso de la violencia como método de disciplina.</p>
<p>Entrenamiento y acompañamiento a cuidadora/es de las niñas o niños que egresan de centros de atención residencial (niñas y niños sin cuidados parentales)</p>	<p>¿Qué?: Entrenamiento y acompañamiento a nueva/os cuidadoras o cuidadores para fortalecer su vínculo con las niñas y los niños y su comprensión sobre el impacto de la institucionalización.</p> <p>¿A quiénes?: Cuidadora o cuidador responsable de niñas o niños que han egresado de centros de atención residencial.</p> <p>¿Por qué?: Contribuye a mejorar el desarrollo de las niñas y los niños que han sido abandonados, colocados en instituciones a temprana edad</p>

y luego incorporados a familias (familia de origen, extensa y de acogida).

Frecuencia: Sesiones una vez por semana durante el primer año y, luego tres veces por mes.

¿Quién entrega?: Trabajadoras o trabajadores sociales con capacitación y bajo supervisión.

En mujeres

Promover relaciones igualitarias entre mujeres y hombres

a. Acciones comunitarias

¿Qué?: Acciones comunitarias para la prevención de la violencia hacia la mujer: acciones de comunicación masiva, actividades de animación sociocultural, incidencias con mediadores institucionales y organización de redes sociales de soporte comunitario. Se aborda el empoderamiento de las mujeres, así como la alianza con los hombres.

¿A quiénes?: Comunidad.

¿Por qué?: Permite modificar actitudes y normas culturales que están basadas en el desequilibrio de poder entre mujeres y hombres.

b. Microfinanzas y entrenamiento

¿Qué?: Se desarrollan dos componentes:

- Microfinanzas: Préstamos y entrenamiento a mujeres de escasos recursos económicos.
- Formación: Programa de aprendizaje participativo sobre género y violencia a mujeres, y un proceso de movilización comunitaria liderado por mujeres elegidas que son capacitadas e impulsan procesos de educación a niñas, niños y hombres.

¿A quiénes?: Mujeres en situación de pobreza.

¿Por qué?: Contribuye a empoderar a las mujeres económicamente y aumentar su conciencia sobre la violencia, situación que impacta en la reducción de la violencia de pareja.

Frecuencia: El programa de aprendizaje implica 10 sesiones de entrenamiento de una hora de duración, mientras que la formación para el liderazgo es de una semana.

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
Atención de casos de violencia contra la mujer	<p data-bbox="597 358 1548 428">¿Quién entrega?: Líderes comunales naturales y movilizadores sociales capacitados de la comunidad</p> <hr/> <p data-bbox="597 478 743 509">a. Tamizaje</p> <p data-bbox="597 518 1548 589">¿Qué?: Detectar la violencia física, sexual y psicológica en la relación de pareja de la paciente.</p> <p data-bbox="597 597 1321 629">¿A quiénes?: Mujeres que acceden a servicios de salud.</p> <p data-bbox="597 638 1548 709">¿Por qué?: Permite identificar casos de violencia en relación de pareja, así como su derivación a servicios especializados.</p> <p data-bbox="597 717 1548 788">Frecuencia: Cada vez que se atiende a una paciente mujer en edad fértil en los centros de salud pública.</p> <p data-bbox="597 797 1072 829">¿Quién entrega?: Personal de salud.</p> <hr/> <p data-bbox="597 880 788 911">b. Tratamiento</p> <p data-bbox="597 920 1548 1033">¿Qué?: Psicoterapia individual para mujeres que han sufrido violencia. Contempla sesiones para abordar la historia de abuso, la culpa generada por el trauma y el proceso de empoderamiento y autodefensa.</p> <p data-bbox="597 1042 1548 1113">¿A quiénes?: Mujeres gestantes y madres de niñas y niños menores de 5 años detectadas como víctimas de violencia.</p> <p data-bbox="597 1121 1548 1192">¿Por qué?: Disminuye el efecto del desorden postraumático de las mujeres que han sufrido violencia.</p> <p data-bbox="597 1201 899 1233">Frecuencia: 8 sesiones</p> <p data-bbox="597 1241 1142 1273">¿Quién entrega?: Terapeutas capacitados.</p> <hr/> <p data-bbox="597 1324 826 1356">c. Protección civil</p> <p data-bbox="597 1365 1548 1478">¿Qué?: Medidas u órdenes de protección oportunas y efectivas que contemplen la prohibición del acercamiento del agresor a la víctima, así como el cese de todo tipo de comunicación con ella.</p> <p data-bbox="597 1487 1433 1518">¿A quiénes?: Mujeres que sufren violencia y solicitan protección.</p> <p data-bbox="597 1527 1548 1598">¿Por qué?: Reduce los nuevos episodios de violencia contra las mujeres que han denunciado haberla sufrido.</p> <p data-bbox="597 1607 1107 1638">¿Quién entrega?: Autoridad pertinente.</p>

Tabla N° 06

Intervenciones priorizadas para mejorar el entorno físico

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
Agua, saneamiento y promoción de la higiene.	<p>a. Componente educativo</p> <p>¿Qué?: Sesiones educativas para aplicación de tecnologías disponibles y viables para el tratamiento del agua en el punto de uso. Puede ser contemplada con la entrega de insumos.</p> <p>¿A quiénes?: Hogares sin acceso a servicios de agua para consumo humano o con servicios deficiente.</p> <p>¿Por qué?: Incrementa la adecuada práctica de tratamiento del agua en el punto de uso.</p> <p>Frecuencia: Al menos una vez al mes.</p> <p>¿Quién entrega?: Personal comunitario o voluntario capacitado.</p> <hr/> <p>b. Acceso físico al agua</p> <p>¿Qué?: Instalación de tecnologías para el acceso cercano al agua en el hogar o dentro del domicilio.</p> <p>¿A quiénes?: Hogares sin acceso a servicios o con servicios deficientes.</p> <p>¿Por qué?: Permite asegurar la disponibilidad e incrementar la cantidad de agua en el hogar.</p> <hr/> <p>c. Acceso físico al saneamiento</p> <p>¿Qué?: Sistemas de saneamiento para la eliminación de excretas de acuerdo con aspectos técnicos como infiltración del suelo y la napa freática.</p> <p>¿A quién?: Hogares sin acceso a servicios o que sean deficientes.</p> <p>¿Por qué?: Disminuye la contaminación y transmisión de enfermedades por materia fecal.</p>

Intervenciones	Características relevantes según las evidencias revisadas
Mejoramiento básico de las condiciones físicas de la vivienda y servicios de atención a las niñas y niños	<p>Cocinas mejoradas.</p> <p>¿Qué?: Entrega de cocina mejorada al hogar, que incluya la entrega de manuales y guías, así como capacitación y acompañamiento a la familia.</p> <p>¿A quiénes?: Hogares que utilizan leña o bosta para cocinar.</p> <p>¿Por qué?: Disminuye la contaminación intradomiciliaria por humo.</p> <hr/> <p>Condiciones físicas de la vivienda y los servicios de atención a las niñas y niños.</p> <p>¿Qué?: Implementación de soluciones técnicas para mejorar las condiciones físicas de la vivienda: i) adecuación del piso; y ii) adecuación de las paredes, techos y otras estructuras de la vivienda.</p> <p>¿A quiénes?: i) Hogares que viven en viviendas precarias; y ii) hogares que viven en zonas de baja temperatura.</p> <p>¿Por qué?: i) Minimiza el riesgo de contaminación por parásitos y favorece el desarrollo motor; y ii) mejora la temperatura interna y se reduce el riesgo de enfermedades respiratorias.</p>
Organización de ambientes y espacios físicos para la actividad autónoma y juego de la niña y niño.	<p>En el hogar</p> <p>¿Qué?: Consejería y acompañamiento a la familia para brindar asesoría sobre cómo debe organizar y mantener el espacio seguro del hogar, la importancia del juego y del uso de materiales estructurados y no estructurados.</p> <p>¿A quiénes?: Madres, padres y cuidadora/es.</p> <p>¿Por qué?: Permite exponer a la niña y el niño en el hogar a espacios seguros que facilitan su actividad autónoma y juego, lo cual contribuye a que la niña o el niño camine sola/o y desarrolle la función simbólica.</p>

En las instituciones

¿Qué?: Dotación de materiales, consejería y acompañamiento sobre el uso y organización del espacio seguro, la importancia del juego y la interacción de las niñas y niños con materiales estructurados y no estructurados.

¿A quiénes?: Cuidadores fuera del hogar (cunas, centros de vigilancia, espacios comunitarios, etc.).

¿Por qué?: Permite exponer a la niña y al niño a espacios físicos (ambientes) seguros que facilitan la actividad autónoma y el juego, lo cual contribuye a que la niña o el niño camine sola/o y desarrolle la función simbólica.

9.23. Una condición indispensable para el Desarrollo Infantil es promover y garantizar el derecho a la identificación a través del Documento Nacional de Identidad (DNI), el cual permite a las niñas y los niños gozar de derechos sociales, permitiéndoles el acceso a los servicios de salud, educación, alimentación, seguridad, entre otros.

9.24. La implementación efectiva de las intervenciones a través de la

provisión de los servicios públicos correspondientes requiere la previa culminación de los trabajos de diseño referidos a las especificaciones técnicas, la modalidad de entrega y la contextualización, entre otros contenidos específicos de cada intervención.

A continuación se muestra la **Tabla N.º 07** que detalla las intervenciones efectivas organizadas por ciclo de vida:

Tabla N° 07

Resumen de intervenciones efectivas para el desarrollo infantil temprano basado en evidencias

Intervenciones	Pre embarazo	Embarazo (trimestre)			Parto	Edad de la niña o niño (semestres)						3 a 5 años
		1	2	3		1	2	3	4	5	6	
Mejorar el estado nutricional de micronutrientes												
Suplemento con micronutrientes	★	★	★	★		★	★	★	★	★	★	
Clampaje tardío del cordón umbilical					★							
Mejorar el estado de salud y emocional de la madre												
Tamizaje, detección y tratamiento de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes y madres con niñas y niños menores de 5 años		★	★	★		★	★	★	★	★	★	★
Tamizaje y tratamiento de ITU, ITS y VIH		★										
Mantener en buen estado la salud de la niña y niño												
Contacto piel a piel					★							
Consejería sobre lactancia materna exclusiva				★		★						
Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro							★	★	★	★	★	
Inmunizaciones						★	★	★	★			
Tratamiento de enfermedad diarreica aguda						★	★	★	★	★	★	★
Consejería sobre alimentación complementaria							★	★	★			
Consejería sobre lavado de manos						★	★	★	★			
Agua, saneamiento y promoción de la higiene												Transversal a todas las etapas de vida

Intervenciones	Pre embarazo	Embarazo (trimestre)			Parto	Edad de la niña o niño (semestres)						3 a 5 años
		1	2	3		1	2	3	4	5	6	
		Organización de ambientes y espacios físicos para la actividad autónoma y el juego de la niña y el niño.							★	★	★	
Prevenir y mitigar el impacto de la violencia y la ausencia de cuidados parentales en niñas y niños												
Promoción de prácticas adecuadas de crianza y métodos de disciplinamiento sin violencia								★	★	★	★	★
Entrenamiento y acompañamiento a cuidadores de niñas o niños que egresan de centros de atención residencial (niñas y niños sin cuidados parentales)						★	★	★	★	★	★	★
Prevenir y mitigar el impacto de la violencia en mujeres												
Promover relaciones igualitarias entre mujeres y hombres	★	★	★	★		★	★	★	★	★	★	★
Atención de casos de violencia contra la mujer	★	★	★	★		★	★	★	★	★	★	★

➔ Indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados

9.25. Los presentes lineamientos contienen un conjunto de indicadores a nivel de los resultados priorizados, con el propósito de viabilizar el seguimiento y evaluación de los logros y de los avances como parte del DIT. La información inicialmente considerada para estos efectos es la siguiente: (i) la variable por ser evaluada; (ii) el indicador por medir; (iii) las edades en las que se lleva a cabo la medición y (iv) la descripción de la operatividad del indicador (**Tabla N.º 08**).



Tabla N° 08

Indicadores de resultados priorizados en desarrollo infantil

Variable	Indicador a medir	Edades	Operacionalización
ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO	Bajo peso al nacer	-	Porcentaje de niñas o niños que tengan un peso inferior a los 2500 gramos.
	Prematuridad	-	Porcentaje de niñas y niños nacidos antes de la semana 37 del embarazo.
APEGO SEGURO	Vínculo de confianza y seguridad entre la niña y niño y su madre u otro adulto significativo	Niñas y niños menores a 12 meses	Porcentaje de niñas y niños con apego seguro con su madre u otro adulto significativo.
ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA Y NIÑO	Desnutrición crónica	Niñas y niños menores de 36 meses y 59 meses	Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 DE o menos del puntaje Z de talla para la edad (estándar OMS).
	Anemia	Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses	Prevalencia de anemia en niñas y niños (hHemoglobina menor a 11g/dL).
	Deficiencia de hierro	Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses	Prevalencia de deficiencia de hierro en niñas y niños (Ferritina).

COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVA	Comunicación verbal	Niñas y niños a los 36 meses	Porcentaje de niñas y niños con comunicación verbal efectiva apropiada para la edad.
CAMINAR SOLO	Caminar solo	Niñas y niños hasta los 18 meses	Porcentaje de niñas y niños que caminan solos hasta los 18 meses
REGULACIÓN DE EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS	Regulación de emociones y comportamientos	Niñas y niños de 5 años	Porcentaje de niñas y niños que regulan sus emociones y comportamientos de acuerdo con su edad.
FUNCION SIMBÓLICA	Función simbólica	Niñas y niños a los 5 años	Porcentaje de niñas y niños con nivel de función simbólica apropiado para la edad.

9.26. Posteriormente, con la finalidad de dotar de la especificidad necesaria a estos indicadores, se deben desarrollar actividades conducentes a compatibilizar la información técnica de los indicadores, cuya medición ya viene siendo desarrollada en los sistemas de información estadística nacional, esto a fin de asegurar su recojo adecuado a los Lineamientos. Asimismo, se deben incorporar indicadores que permitan medir los factores, también a nivel de resultado y las intervenciones, a nivel de cobertura.

9.27. En casos de indicadores de resultados que no cuentan con medición vigente e indicadores a nivel de los factores e intervenciones que tampoco cuentan con medición, se elaboran las definiciones técnicas necesarias para su especificación y, posterior, generación en los sistemas y mecanismos de levantamiento de información que correspondan. Esta acción se llevará a cabo con participación de los sectores involucrados. *

Siglas

BPN: Bajo Peso al Nacer.

CIAS: Comisión Interministerial de Asuntos Sociales.

DCI: Desnutrición Crónica Infantil.

DIT: Desarrollo Infantil Temprano.

EDA: Enfermedades Diarreicas Agudas.

Fe: Hierro.

IRA: Infecciones Respiratorias Agudas.

ITS: Infecciones de Trasmisión Sexual.

ITU: Infecciones del Tracto Urinario.

Kg: Kilogramos.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

mg: Miligramos.

PCM: Presidencia del Consejo de Ministros.

PNAIA: Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia.

RCIU: Retraso del Crecimiento Intrauterino.

µg: microgramos.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Zn: Zinc.

Glosario

- 1. Adecuado estado nutricional:** Se entiende como adecuado estado nutricional en las niñas y los niños (antes de los 36 meses) a la situación de ausencia de malnutrición. Se entiende por malnutrición al desbalance a nivel celular entre el suministro de nutrientes y de energía y la demanda requerida por nuestro organismo para garantizar su óptimo crecimiento, mantenerlo y cumplir con sus funciones específicas.
- 2. Adulto significativo:** Madre, padre, cuidadora o cuidador principales que establecen lazos emocionales íntimos con la niña o el niño durante la infancia y a quienes estos recurren en busca de protección, consuelo y apoyo.
- 3. Agua para consumo humano:** Agua que cumple con características químicas, físicas y microbiológicas que aseguran su inocuidad.
- 4. Anemia:** Situación de niveles insuficientes de hierro con niveles de hemoglobina menor a 11gr/dL o 110 gr/L.
- 5. Ansiedad:** Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futura, acompañados de sentimientos de preocupación o de síntomas psicossomáticos. Este estado emocional es normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias

del día a día. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona la ansiedad se convierte en patológica, lo que provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

6. Apego: Es el vínculo específico y especial que se forma entre madre-infante o cuidador/a principal-infante. Esta relación ofrece la estructura funcional para todas las relaciones subsecuentes que la niña y el niño desarrollará en su vida. Una relación sólida y saludable con la madre o cuidador/a principal se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros.

El vínculo de apego tiene varios elementos claves:

- Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
- Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
- La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad.

7. Apego seguro: Vínculo estable que se forma entre la o el bebé y su cuidador/a primario/a desde el momento del nacimiento y que permite construir un lazo emocional íntimo entre ambos, de modo de establecer una relación de confianza y seguridad en la que la niña y el niño ponen de manifiesto el deseo de estar próximos a la persona que los cuida. Dicha seguridad promueve la predisposición a explorar el medio inmediato.

8. Apego inseguro: Patrón de apego en la cual una persona evita la conexión con otra. Se caracteriza por el temor, la ansiedad y el enojo o por una aparente

indiferencia hacia el cuidador. La niña y el niño inseguros tienen mucha menos confianza; quizá juegan sin tratar de mantener contacto con la persona que los cuida o, por el contrario, no desean alejarse de su falda. Ambos son signos de apego inseguro.

9. Autonomía: Es la capacidad que tienen la niña y el niño para tomar decisiones o realizar acciones por sus propios medios. Involucra la elección, pensamiento y transformación recíproca entre el infante y el medio.

10. Bajo peso al nacer: Cuando una niña o un niño al nacimiento tiene un peso inferior a 2 500 gramos.

11. Caminar solo: Habilidad que desarrolla una niña y un niño para desplazarse caminando libremente, sin necesidad de detenerse a cada paso para regular el equilibrio, por propia iniciativa, sin ayuda ni incitación.

12. Castigo físico y humillante: Es el ejercicio de la violencia con la finalidad de disciplinar o modificar una conducta que se considera incorrecta, lo que causa dolor físico o emocional a la niña, niño o adolescente que está bajo su cuidado.

13. Comunicación verbal efectiva: Capacidad de las niñas y los niños para comunicarse y expresar lo que sienten, piensan y conocen a través del lenguaje de los adultos en la lengua que utilizan en el seno familiar.

14. Cuidador principal: Es el adulto que ejerce las funciones básicas de cuidados de la niña y el niño pequeño en la vida cotidiana, asumiendo la responsabilidad en la atención, el apoyo y los cuidados diarios. Habitualmente, esta figura suele ser asumida por la madre, el padre u otros familiares, como los abuelos o hermanos mayores, pero bien pueden ejercerla allegados o miembros de la comunidad.

15. Cuidados parentales: Comprende todos aquellos cuidados hacia la niña y el niño por parte de un adulto significativo para su sostén y que involucran un vínculo afectivo.

16. Capacidad: Son saberes que permiten las actuaciones competentes en situaciones concretas y de diversa naturaleza. Estos saberes, en un sentido amplio, hacen alusión a facultades de muy diverso rango, como conocimientos, habilidades cognitivas, capacidades relacionales, herramientas cognitivas o cualidades personales.

17. Competencia: Una competencia es un saber actuar complejo en la medida que exige movilizar y combinar capacidades humanas de distinta naturaleza (conocimientos, habilidades cognitivas y socioemocionales, disposiciones afectivas, principios éticos, procedimientos concretos, etc.) para construir una respuesta pertinente y efectiva a un desafío determinado. Se dice que una persona es competente cuando puede resolver problemas o lograr propósitos en contextos variados, haciendo uso pertinente de saberes diversos. Por eso, una competencia se demuestra en la acción.

18. Comunicación no verbal: Uso de gestos, señas, sonidos y movimientos para interactuar con el otro que se da con mayor incidencia en el primer año de vida.

19. Depresión: Trastorno mental caracterizado fundamentalmente, por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

20. Desarrollo cognitivo: Son los cambios en las habilidades y el funcionamiento cognitivo (pensamiento, representaciones mentales, razonamiento) que ocurren a medida de que un individuo crece. Estos cambios se dan por efecto de la maduración y la interacción con el medio que lo rodea. Este desarrollo es una consecuencia de la voluntad de las personas por entender la realidad y desempeñarse en sociedad, por lo que está vinculado con la capacidad natural que tienen los seres humanos para adaptarse e integrarse a su ambiente.

21. Desarrollo Infantil Temprano: Proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas que permiten a la niña y el niño ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

22. Desarrollo motor: Se refiere al proceso de adquisición gradual (unos después de otros) del control de las conductas motoras gruesas (control ce-

fálico, sentarse, pararse por sí solo, entre otros) y finas (coger objetos, por ejemplo) que sirven como indicadores del progreso. Evolucionan progresivamente en secuencias encadenadas que van desde lo simple hasta lo complejo, es decir, desde la cabeza hasta los dedos de los pies y desde el centro del cuerpo, a través de los brazos y la piernas, hasta los dedos.

23. Desarrollo multidimensional: Se refiere a la existencia de dimensiones en el desarrollo infantil (biológico, físico, psicológico y social) que se afectan unas a otras.

24. Desnutrición crónica infantil: Retraso en el crecimiento lineal de talla para la edad que se expresa a través de -2 Z desviaciones estándar.

25. Desarrollo socio-emocional: Implica que las niñas y los niños aprendan a entender sus propios sentimientos y los de los demás, a regular y expresar sus emociones apropiadamente, a formar relaciones con los demás y a interactuar en grupos. Se considera como un proceso en el que la niña o el niño construyen su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismos y en el mundo que los rodea, a través de las interacciones que establecen con sus pares significativos, de forma de ubicarse a sí mismos como personas únicas.

26. Disponibilidad del adulto: Una figura de apego es considerada disponible cuando es capaz de atender las señales y manifestaciones de la niña o niño, incluso cuando está ocupada con otros asuntos. Ello, supone la presencia de una actitud afectiva de ternura por parte de la madre, el padre u otro adulto

significativo. No obstante, la niña o el niño también juegan un papel fundamental en este proceso interactivo que sienta las bases de su evolución posterior.

27. Enteropatía ambiental: Es una inflamación asintomática de la mucosa intestinal causada por agentes infecciosos de transmisión fecal-oral (*giardia, helicobacter, campylobacter, helmintos y criptosporidium*).

28. Espacio seguro: Espacio libre de situaciones que pongan en peligro la salud física o emocional de las niñas y los niños. Es permanente, iluminado y permite a la niña o al niño desplazarse con seguridad y autonomía, acceder a mobiliario y materiales accesorios y pertinentes con su realidad, explorar y dominar de manera independiente y modificar el espacio de acuerdo con sus necesidades de acción exploradora y transformadora. Además, el espacio debe responder a los diferentes momentos de la niña o el niño (sueño, higiene, alimentación, juego) y ser respetuoso con el medio ambiente.

29. Estilos parentales: También llamados estilos de crianza, son una constelación de actitudes hacia las niñas y los niños, que son comunicadas hacia ella o él y que, tomadas en conjunto, crean un clima emocional en que se expresan las conductas de las madres y padres. El estilo de crianza, por lo tanto, está bien asociado con el clima emocional que sirve como fondo de las interacciones madre o padre - niña o niño.

30. Estrés: Percepción de amenaza, daño o peligro de un evento externo o interno que sobrepasa los recursos propios y perturba el bienestar.

31. Factor asociado: Condición, cualidad o característica de las personas y del entorno, asociada, positiva o negativamente, con uno o más resultados o uno o más factores.

32. Factor causal: Condición, cualidad o característica de las personas y del entorno que condiciona causalmente uno o más resultados o uno o más factores.

33. Función simbólica: Evocación representativa de un objeto o acontecimiento ausente que está compuesta de cinco conductas: (1) imitación diferida – imitación en ausencia del modelo, (2) juego simbólico (o juego de ficción), (3) dibujo – imagen gráfica, (4) imagen mental – como imitación interiorizada y (5) lenguaje – evocación verbal de acontecimientos no actuales.

34. Intervención: Se refiere a una acción o conjunto de acciones conducidas por algún agente (organización o individuo) con el propósito voluntario de generar cambios en factores o resultados.

35. Juego: Es una necesidad de la vida, una actividad natural, en cualquier edad o momento, que en contextos seguros (brindados por el adulto: seguridad física y emocional) le permite a la niña o el niño aprender todas aquellas habilidades que proporcionan la supervivencia y la adaptación al medio. Su finalidad está centrada en el placer que proporciona y se da de forma espontánea. Es un medio de desarrollo, de exploración y de invención, abierto a la creatividad y al respecto de las capacidades y limitaciones de las personas. Cuando la niña o el niño juegan, exploran, proyectan, se comunican y establecen vínculos con los demás, además

de transformar el mundo que los rodea y transformarse a sí mismos.

El juego es representar (re-presentar = volver a presentar) o volver a hacer presente algo que fue vivido con intensidad en la vida cotidiana. Nace del propio impulso de la niña o del niño por ser y conocer. El juego se puede percibir desde un plano sociocultural configurado por elementos que se presentan de acuerdo con el contexto sociocultural en el que se encuentran la niña o el niño.

36. Lengua materna: Se denomina también primera lengua. Es la lengua que la niña o el niño adquiere en los primeros años de vida en el hogar. La lengua materna suele ser una, pero también hay casos en que son dos. Por ejemplo: algunas niñas o niños de la zona andina tienen como lenguas maternas el castellano y el quechua. Ambas son adquiridas en simultáneo desde que ellas o ellos son pequeña/os. Este proceso también es conocido como bilingüismo de cuna.

37. Maltrato infantil: Toda acción u omisión que ocasiona daño real o potencial en perjuicio del desarrollo, la supervivencia y la dignidad de las niñas y los niños en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Esta acción u omisión puede ser producida por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y supone la vulneración de los derechos de niñas y niños.

38. Material concreto: Objetos seguros, resistentes, accesibles, saludables pertinentes con la cultura y con las capacidades de las niñas y los niños que favorecen la exploración mediante el uso de todos sus sentidos, su creatividad y el desarrollo integral.

39. Niñas y niños institucionalizados: Son aquellas niñas o niños que son incluida/os en residencias institucionales, donde están a cargo de personas responsables por su cuidado. Se entiende por instituciones a un amplio espectro de espacios que van desde los orfanatos, los que generalmente incluyen un número importante de “internos”; a centros privados; a centros de tránsito en situaciones de emergencia; a otros centros de cuidado institucional de corto y largo plazo y a las “casa hogar”, pequeñas instituciones con un formato que pretende recrear a una familia, al albergar a un pequeño número de niñas y niños que tiene como responsables a figuras estables. En las llamadas “casa hogar” o en otros casos bajo la denominación de “aldeas”, las o los cuidadores conviven a tiempo completo con las niñas y los niños. Dichas “casa hogar” pueden estar tanto en un terreno común como insertos en barrios residenciales. En las directrices sobre las modalidades alternativas del cuidado de las niñas o los niños (ONU), se define el cuidado residencial como aquel brindado en cualquier contexto de cuidado grupal no basado en familia.

40. Pensamiento crítico: Se refiere a aquel pensamiento que tiene un propósito como probar una hipótesis, interpretar el significado de alguna situación o resolver un problema. En este proceso, las niñas y los niños fomentan su curiosidad para plantearse preguntas sobre el mundo que los rodea y buscar explicaciones o elaborar interpretaciones acerca de los fenómenos y situaciones que se presentan en él.

41. Población vulnerable: Grupos de personas que sufren discriminación o situaciones de desprotección: niñas, niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, desplazados y migrantes internos.

42. Prematuridad: Carácter que distingue a todos los nacimientos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación o menor a 259 días contados desde el primer día del último periodo menstrual.

43. Poblaciones indígenas: Poblaciones que habitaban en el país en la época de la colonización y que, cualquiera sea su situación jurídica, conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas; y que, al mismo tiempo, se autoreconocen como tales. La población que vive organizada en comunidades campesinas y comunidades nativas podrá ser identificada como pueblos indígenas, o parte de ellos, conforme con los criterios mencionados. Las denominaciones empleadas para designar a los pueblos indígenas no alteran su naturaleza ni sus derechos colectivos.

44. Resultado: Cambio deseable en una condición, cualidad o característica de las niñas y los niños, según rango de edad. Es esperable en las condiciones, cualidades o características inherentes a las niñas y los niños, como consecuencia de las intervenciones llevadas a cabo por las entidades.

45. Regulación de emociones y comportamientos: Habilidad para moderar o manejar la reacción emocional propia ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas, tales como la capacidad para evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo.

46. Sensibilidad del cuidador: Conducta que el adulto significativo sigue para responder a las demandas de la o el bebé, incluidas la capacidad de

notar sus señales, poder interpretarlas adecuadamente y responder afectiva y conductualmente de manera apropiada y rápida.

47. Tamizaje neonatal: Aplicación de procedimientos y pruebas a los recién nacidos con el objeto de identificar oportunamente a posibles portadores de una enfermedad, con el propósito de prevenir discapacidad física y mental o la muerte prematura.

48. Trato negligente: Es el descuido evitable que genera un grave daño a niñas, niños y adolescentes, tanto a nivel físico y psicológico como sexual. Situaciones de negligencia están relacionadas con la exposición del menor de edad a situaciones de grave riesgo. Ejemplos son la exposición de la violencia de género o la madre que permite un abuso sexual y no hace nada por evitarlo, entre otras conductas traumatizantes.

49. Trayectorias del desarrollo infantil: En el marco del DIT, se refiere al curso evolutivo que sigue el desarrollo infantil en relación al área motora, socioemocional, cognitiva y lenguaje. Esta trayectoria presenta hitos precursores para el logro del resultado priorizado en cada una de estas áreas.

50. Violencia contra niñas y niños: Es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra niñas y niños, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Para determinar la ocurrencia o posible ocurrencia del perjuicio para el caso de las niñas y los niños debe considerarse

la edad, las condiciones de vulnerabilidad y la satisfacción adecuada de las necesidades de la niña o el niño en cada momento de su desarrollo (OMS, 2002).

51. Violencia familiar: Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico o maltrato sin lesión, incluidas la amenaza o la coacción graves o reiteradas, así como la violencia sexual, que se produzca entre cónyuges, ex-cónyuges, convivientes, exconvivientes, ascendientes, descendientes o parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad que habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales. También aplica para quienes hayan procreado hijos en común, independientemente de que convivan o no al momento de producirse la violencia.

52. Violencia física: Todas aquellas agresiones que recibe la niña o el niño por parte de cualquier familiar o allegado. Estas agresiones usualmente se dan en el contexto del castigo, el cual es definido como el uso de la fuerza con la intención de causar dolor o malestar con la finalidad de disciplinar, corregir o controlar.

53. Violencia psicológica: Toda violencia física y sexual implica daño psicológico, pero la violencia psicológica también puede adoptar la forma de insultos, injurias, aislamiento, rechazo, amenazas, indiferencia emocional y menosprecio, todas perjudiciales para el desarrollo psicológico y bienestar de las niñas y los niños.

54. Violencia sexual: Todo acto de índole sexual propiciado por un adulto o adolescente mayor para su satisfacción sexual. Pueden consistir en actos con contacto físico (tocamiento, frotamiento, besos íntimos, coito ínter femoral, acto de penetración con el órgano sexual o con las manos, dedos, objetos) o sin contacto físico (exhibicionismo, actos compelidos a realizar en el cuerpo del abusador o de tercera persona o imposición de la presencia en situaciones en que la niña o niño se baña o utiliza los servicios higiénicos, entre otros), como también la explotación sexual y pornografía. Tratándose de niñas, niños y adolescentes, no se considera necesario que medien la violencia o la amenaza grave para considerarse violencia o abuso sexual.

55. Violencia: Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos “Primero la Infancia” (Resolución Suprema N°413-2013-PCM)

Grupo de Trabajo de la Comisión

Jessica Soto Huayta, Dora Ruiz Béjar, Jenny Menacho Agama, Leslie Miranda Solano, Celeste Rosas Muñoz y Lorena Fabiola Ruiz López, Carlos Alberto Alvarado Chico, Tania Gisella Paredes Quiliche, Rogger Eduardo Torres Lao, Luis Jesús Gutiérrez Campos, María del Carmen Santiago Baillet, Manuel Tristán Gamarra, Néstor Supanta Velásquez, Roberto Meléndez Zevallos, José Ávila Herrera, María del Rosario Pareja de la Cruz, Hernán Eduardo Peña, David Orosco Zumarán, Sonia Paredes Velorio, Mayra Asmat Main.

Miembros de los Subgrupos Técnicos de Trabajo

Subgrupo A: Desarrollo y Aprendizaje

Lorena Fabiola Ruiz López (coordinadora), Gloria Inés Valdeiglesias García, Pilar Cecilia Butrón, Casas, Jessica Enith Gómez Londoña, Nimia Buleje Ocampo, María del Carmen Calle Dávila y Dalia Ponce Tejada, Lisseth Pilar Ramsden Ramos, Alfonso Gutiérrez Aguado, Karina Violeta Padilla Malca, Mariela Rocío Ortiz Obando, Eliana Victoria Rodríguez Fernández.

Subgrupo B: Salud y Nutrición

Carlos Alvarado Chico (coordinador), Tania Paredes Quiliche, Óscar Aquino Vivanco, Rosa María Valle Villón, Guillermo Gómez Guizado, Adolfo Aramburú La Torre, Mirko Lázaro Serrano, Gloria Inés Valdeiglesias García, Jessica Enith Gómez Londoña, Nelly Huamaní Huamaní, Hubel Gonzales Camacho, Cynthia Cárdenas Palacios, Felipe Leiva Estrada, Julio Andrade Morales

Subgrupo C: Protección

Oscar Raúl Mendoza Champa (coordinador), Ada Paca Palao, Janet Serna, Catherine Ludeña, Elisa Llanos Curletti, Sulma Maruri Meza, Leslie Miranda Solano, Laura Álvarez Urquizo, Gladys Champi Jalixto, Mael Morante Maco, Nancy Virrueta Jiménez, Hugo Carrasco Mendoza, Joel Cáceres.

Subgrupo D: Entorno

Carlos Celso Castañeda Véliz (coordinador), Maritza Maruja Ochoa Villar, Silvia Velarde Hoyos, Bertha Liliana Pacheco Díaz, Óscar Teodoro Quiroz Ortiz, German López Herencia, María del Rosario Pareja de La Cruz, Eduardo José Rojas Sánchez, Juan Carlos Arzapalo Porras, Edwin Rosario Miguel Reyes, Santiago Napoleón Soriano Perea.

Subgrupo E: Plan de Acciones Integradas

Jenny Yamamoto Umezaki (coordinadora), Celeste Rosas Muñoz y Micaela Wetzell Espinoza, Karina Peñaloza Vassallo, Karina Tecse Silva, María del Rosario Pareja de La Cruz, Enrique Manuel Arias Díaz, Laura Álvarez Urquizo, David Orosco Zumarán, Sonia Paredes Velario.

Miembros del Equipo Técnico

Ana Quijano Calle, Rommy Ríos Nuñez, Patricia González Simón, Zoila Llampén López, Felipe Sarmiento Caldas, Mónica Seminario Gutiérrez.

Asesores Técnicos

Luis Cordero Muñoz, Roger Salhuana Cavides, Regina Moromizato Izu, Claudia Benavides Vizcarra, Jeannette Llaja Villena, Dina Cedano García.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)

Línea gratuita: 101

Central telefónica: 51-1-631-8000 / 51-1-631-8030

Sede San Isidro: Av. Paseo de la República 3101