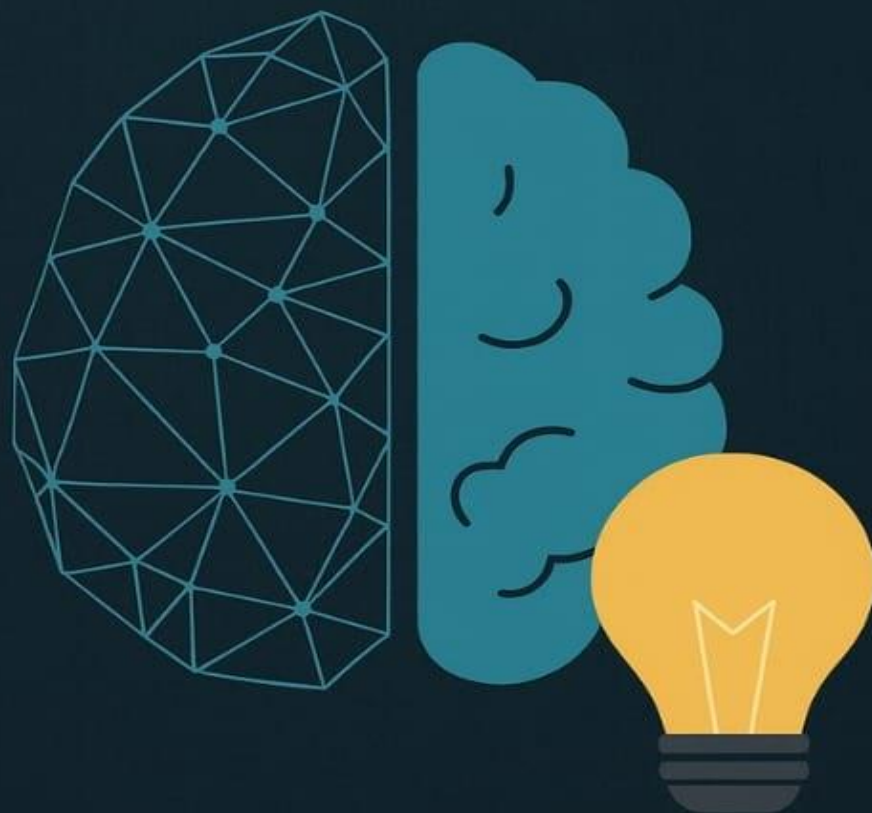


SELLO EDITORIAL FUNGADE

Córdoba Cuida

Neurodesarrollo, alimentación y
cuidado infantil como apuesta
de futuro territorial



Ana María Romero Otálvaro
Mónica Castillo Gómez
Jorge Enrique Palacio Sañudo

Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial



Sello Editorial FUNGADE

2025

Este libro es producto de investigación desarrollada por sus autores. Fue arbitrado bajo el sistema doble ciego por expertos en el área bajo la supervisión del Comité editorial de la RED GADE, a través del Sello Editorial FUNGADE, adscrito a la RED GADE, Colombia.

FUNDACIÓN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, DEPORTIVA Y EMPRESARIAL-
FUNGADE

Sello Editorial FUNGADE

<https://redgade.com/libros/>

Dirección: Calle 23a # 16-35. Barrio Pasatiempo, Montería, Córdoba. Colombia.

Email: presidenciaredgade@gmail.com

SELLO EDITORIAL FUNGADE

Editora: Ph.D. Yahilina Silveira Pérez



©2025. Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial. Ana María Romero Otálvaro, Mónica Esther Castillo Gómez y Jorge Enrique Palacio Sañudo. Autores.

Primera edición

Versión digital

ISBN: 978-628-96893-5-8

Sello editorial: Fundación de Gestión Administración Deportiva y Empresarial
(978-958-53041)

Colección: Educación

Serie: GADE2025

Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial. Ana María Romero Otálvaro, Mónica Esther Castillo Gómez y Jorge Enrique Palacio Sañudo. Autoras. 1^{ra} Edición. Digital- Corozal (Colombia). FUNDACIÓN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, DEPORTIVA Y EMPRESARIAL-FUNGADE, Sello Editorial FUNGADE, Colombia., 2025. 86 p. 24cm. ISBN: 978-628-96893-5-8

1. Neurodesarrollo 2. Alimentación 3. Cuidado infantil 4. Futuro territorial



COMITÉ EDITORIAL FUNGADE

Ph.D. Valentín Molina Moreno. Universidad de Granada. España

Ph.D. Gabriela de Roia. Universidad de Flores. Argentina

Ph.D. Pedro Sarmiento de Rebocho. Universidad de Oporto. Portugal

Ph.D. Javier Brazo Sayavera. Universidad de la Republica. Uruguay

Ph.D. Maira Vázquez Díaz. Universidad de Oriente. Cuba

Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA




**60 años**
Un legado de transformación social

 **UNIVERSIDAD
DEL NORTE**

Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial

Ana María Romero Otálvaro

Universidad de Córdoba

Mónica Esther Castillo Gómez

Universidad de Córdoba

Jorge Enrique Palacio Sañudo

Universidad del Norte

Autores



ÍNDICE

Prólogo	7
Capítulo 1. Primera infancia como decisión pública: ciencia, cuidado y futuro para córdoba	11
1.1 La ventana biológica que no se repite	11
1.2. Cuidado cariñoso y sensible: la intervención más potente (y más subestimada)	12
1.3. Otras experiencias latinoamericanas: de la evidencia a la escala	13
1.4. El cuidado como derecho público, no como carga privada	14
1.5. Una agenda departamental inaplazable	14
Capítulo 2. Los primeros años: el cerebro que se está formando	16
2.1 Nacer en Córdoba hoy	16
2.2 Cuidar es regular el sistema nervioso de otra persona	16
2.3 Generaciones que cuidan: tensiones nuevas y fracturas silenciosas	17
2.4 Neurodesarrollo, pobreza y derecho al cuidado	18
2.5 Lo que esto significa para Córdoba	20
2.6 Recomendaciones iniciales desde la evidencia	21
Capítulo 3. Alimentar el cerebro: seguridad alimentaria en la primera infancia	22
3.1. ¿Qué entendemos por seguridad alimentaria?	22
3.2. El Caribe colombiano y Córdoba: riqueza agrícola conviviendo con hambre estructural	23
3.3. Seguridad alimentaria es neurodesarrollo	23
3.4. Lo que nos dijeron las familias de Córdoba (ELCSA)	24
3.5. Lo que revelan los cruces sociodemográficos	25
3.6. Mirar experiencias latinoamericanas: alimentación, cuidado y estado	26
3.7. Seguridad alimentaria para Córdoba: para el presente	27
Capítulo 4. Cuidar hoy en córdoba: autoeficacia parental, género, paternidades en transición y el futuro demográfico del cuidado	31
4.1. Cuidado, neurodesarrollo y futuro social: por qué este capítulo importa	31
4.2. El cuidado como infraestructura social: quién sostiene la primera infancia en Córdoba	32
4.3. Autoeficacia parental: ¿se sienten capaces quienes cuidan?	33
4.4. Paternidades en transición: compromiso emocional, límites estructurales	34
4.5. Córdoba en transición demográfica: menos nacimientos, más urgencia de cuidar bien	35
4.6. Orientaciones para Córdoba: del sacrificio silencioso al sistema de cuidado	36
Capítulo 5. “Lo estamos viendo”: seguimiento del neurodesarrollo infantil como estrategia pública de protección en Córdoba	38
5.1. Por qué el seguimiento del neurodesarrollo es un asunto estructural (no un favor a la familia)	38
5.2. ¿Qué significa hacer seguimiento del neurodesarrollo? (más allá de “ver si camina o si habla”)	40
5.3. EAD-3 y ASQ-3: dos puertas complementarias para leer el neurodesarrollo en Córdoba	41
5.4. ¿Qué significa esto como recomendación concreta para Córdoba?	42
5.5. El papel de la co-regulación emocional en el pronóstico neurodesarrollativo	43
5.6. Lo que ya están viendo las familias cordobesas	44

5.7. Quién está haciendo el seguimiento del neurodesarrollo hoy (aunque nadie lo llame así)	45
5.8. Por qué Córdoba no puede aplazar esto	46
Capítulo 6. Hacia un sistema territorial de cuidado y neurodesarrollo en Córdoba: hoja de ruta para un futuro sostenible.	47
6.1. Punto de partida: ya no es posible seguir cuidando como antes	47
6.2. ¿Qué entendemos por sistema territorial de cuidado y neurodesarrollo?	47
6.3. Pilar 1. Alimentación estable y segura como neuroprotección	48
6.4. Pilar 2. Acompañamiento parental continuo como estrategia de pronóstico neurobiológico	49
6.5. Pilar 3. Seguimiento intersectorial del neurodesarrollo: ver temprano, actuar temprano	50
6.6. Pilar 4. Corresponsabilidad social del cuidado: del sacrificio privado a la infraestructura pública	52
6.7. ¿Qué sigue? Una propuesta concreta para la Gobernación, la Universidad de Córdoba y los aliados intersectoriales	53
6.8. Palabras finales	54
Capítulo 7. Cuidar es hacer futuro hoy: una carta para las familias, cuidadores y educadores de Córdoba	56
7.1. El niño que “se porta mal” no es un problema; es un sistema nervioso pidiendo ayuda	56
7.2. Comer, dormir y calmarse: el triángulo silencioso que sostiene (o rompe) el día	58
7.3. “No está hablando todavía”: cuando preocupa el lenguaje	58
7.4. Cuando dices “yo ya no puedo más”: eso también es una señal clínica	59
7.5. Lo que puedes hacer desde hoy (y que sí sirve, aunque nadie más lo vea)	60
Capítulo 8. Formar a quienes forman: la primera infancia como campo científico y responsabilidad ética territorial	63
8.1. Por qué es importante la formación basada en la evidencia	63
8.2. Lo que debe saber hoy, mínimo, una o un profesional que trabaja con primera infancia	64
8.3. El territorio como laboratorio vivo: Córdoba no es un aula, es un contexto neuroemocional complejo	65
8.4. Lo que las instituciones formadoras tendrían que ajustar ya	66
8.5. Cierre: no estamos formando maestras; estamos formando arquitectura social	68
Capítulo 9. Manifiesto para Córdoba: cuidar es decidir el futuro	69
9.1. A quienes sostienen la infancia con el cuerpo	69
9.2. A la Gobernación de Córdoba y a quienes toman decisiones públicas	69
9.3. A las universidades, y en especial a la Universidad de Córdoba	70
9.4. A quienes forman a las que forman	71
9.5. Nuestro manifiesto para Córdoba	72
Referencias	74
Evaluación de pares	78
Certificación de originalidad	86

PRÓLOGO

En los estudios del neurodesarrollo existe una expresión que incomoda y, precisamente por eso, es honesta: la “lotería de la cuna”. Nacer aquí y no allá. Crecer sostenido por determinados adultos y no por otros. Llegar al mundo en un hogar con acceso estable a alimentos nutritivos, calma emocional suficiente y disponibilidad de tiempo afectivo, o hacerlo en un entorno marcado por la inestabilidad económica, el cansancio acumulado de los cuidadores y la ansiedad diaria sobre qué se va a comer mañana. Esa primera configuración no es un detalle biográfico menor; inaugura rutas posibles del desarrollo cerebral, emocional y social.

En Córdoba, esa misma idea circula desde hace mucho con un lenguaje más íntimo y coloquial. Hablamos de los niños que “nacen con estrella” y de los que “nacen estrellados”. Puede parecer una frase dura, pero en realidad encierra una lectura sofisticada: reconoce que el destino temprano de un niño o una niña no está solo en su biología, sino en la calidad de las condiciones que lo rodean desde los primeros días de vida. Reconoce, además, que esas condiciones no son neutras ni repartidas de manera equitativa en el territorio.

La evidencia científica reciente confirma que los primeros años de vida constituyen una ventana biológica particularmente sensible. Durante este periodo —en especial desde la gestación hasta aproximadamente los tres años— el cerebro establece conexiones neuronales a una velocidad que nunca volverá a repetirse, y dichas conexiones dependen de la interacción entre factores nutricionales, experiencias afectivas estables, protección frente al estrés tóxico y oportunidades tempranas de exploración y comunicación (World Health Organization [WHO], 2023). Estas primeras experiencias dejan huellas que se reflejan después en la autorregulación emocional, la capacidad de atención, el lenguaje, el aprendizaje escolar y la salud mental a largo plazo (Harvard Center on the Developing Child, 2023).

Sin embargo, detenernos ahí —en la constatación de la desigualdad de partida— sería insuficiente para un territorio que quiere pensarse en clave de futuro. Este libro parte de una convicción que guía el proyecto INFANTIA CÓRDOBA: aunque el contexto social, económico y cultural imprime tensiones reales sobre el desarrollo infantil temprano, el acto de cuidar sigue siendo una fuerza estructurante capaz de modificar trayectorias. El cuidado cotidiano, entendido como la combinación entre alimentación suficiente y adecuada, vínculo emocional sensible, acompañamiento regulador y acceso a orientación clara, puede convertirse en un factor protector de enorme impacto incluso en contextos complejos (WHO, UNICEF & World Bank, 2023; Draper, 2024).

Esta afirmación no se basa en una romantización de la crianza ni en el idealismo de que “el amor todo lo resuelve”. Se basa en cuatro décadas de literatura internacional sobre entornos de cuidado receptivo —lo que la agenda global denomina *nurturing care*— que muestra que la estabilidad afectiva, la responsividad del adulto frente a las señales del niño o la niña, la estimulación oportuna mediante el lenguaje y el juego, y la nutrición adecuada en los primeros mil días de vida son determinantes concretos de salud, desarrollo cognitivo y bienestar socioemocional posteriores (WHO, 2023; UNICEF, 2023). Es decir: cuidar no es un gesto privado y sentimental; cuidar es intervención en neurodesarrollo.

INFANTIA CÓRDOBA surge en el Departamento de Córdoba entre 2023 y 2024 con la decisión explícita de observar, describir y acompañar ese cuidado temprano de manera rigurosa y territorial. La investigación que aquí se presenta fue auspiciada con el apoyo institucional de la Gobernación de Córdoba, y se diseñó con un objetivo estratégico: implementar un modelo psicosocial de prácticas de cuidado para la primera infancia, con enfoque de seguridad alimentaria, y con acompañamiento directo a las familias cuidadoras, combinando espacios presenciales, materiales pedagógicos y refuerzos continuos vía mensajes de texto.

Esto implica varias tomas de posición que es importante declarar desde el comienzo. En primer lugar, reconoce que la seguridad alimentaria en la primera infancia es inseparable del desarrollo neurológico. No hablamos solamente de “que haya comida”, sino de acceso estable y suficiente a alimentos adecuados para la edad, con la densidad nutricional que el cerebro en formación requiere para consolidar redes neuronales, regular procesos fisiológicos básicos y sostener aprendizajes tempranos (Draper, 2024; Suri, 2025). Hoy sabemos que adecuaciones oportunas en la nutrición y en las rutinas de alimentación en los primeros mil días repercuten no solo en talla y peso, sino en funciones cognitivas iniciales, autorregulación y posterior desempeño escolar (World Bank, 2024). En otras palabras, la mesa diaria de un niño pequeño es, también, política de desarrollo humano.

En segundo lugar, el modelo asume que el cuidado se aprende. Durante demasiado tiempo en América Latina se ha dado por sentado que criar “viene con el instinto”, especialmente para las mujeres, lo que ha tenido dos efectos problemáticos: por un lado, ha invisibilizado el valor técnico y emocional del acto de cuidar, reduciéndolo a una obligación natural; por otro, ha dejado a las familias —y sobre todo a las cuidadoras principales— con poco acompañamiento real en momentos críticos. La consecuencia es conocida: se pide un cuidado de alta calidad sin garantizar orientación, descanso, contención emocional ni herramientas concretas. La literatura reciente advierte que el estrés crónico en el adulto cuidador puede disminuir su capacidad de respuesta sensible y de regulación compartida, lo que a su vez se asocia con mayor irritabilidad del niño o la niña, más dificultades de autorregulación y menos oportunidades de estimulación lingüística y socioemocional en la vida diaria (WHO, 2023; Arteaga et al., 2024). Apoyar al cuidador, por tanto, es apoyar directamente al niño.

El programa desarrollado en INFANTIA CÓRDOBA responde a esa necesidad de apoyo con una estrategia de acompañamiento diseñada específicamente para las condiciones del territorio. Esta estrategia tuvo tres componentes articulados. Primero, se realizaron talleres vivenciales con familias cuidadoras, concebidos no como charlas verticales sino como espacios de construcción conjunta de sentido alrededor de temas críticos: alimentación temprana y seguridad alimentaria en el hogar; sueño y regulación; uso de la voz, la mirada y el contacto físico como organizadores emocionales; juego y exploración como estímulos para el lenguaje y la cognición. Este trabajo presencial buscó fortalecer las capacidades del cuidador para comprender por qué ciertas prácticas cotidianas tienen un valor neurobiológico y emocional profundo.

Segundo, se entregaron materiales impresos —cartillas breves, estructuradas, con lenguaje claro— que sistematizan orientaciones paso a paso para el hogar. Una guía sobre cómo ofrecer alimentos adecuados según la edad; otra sobre cómo responder al llanto sin escalar el estrés; otra sobre cómo usar momentos aparentemente rutinarios (el baño, la hora de acostarse, el cambio de ropa) como oportunidades de interacción lingüística y regulación conjunta. Esta dimensión pedagógica reconoce que cuidar también requiere acceso a información organizada, culturalmente pertinente y accionable, y coincide con la evidencia internacional que muestra que las intervenciones que incluyen formación directa al cuidador y herramientas escritas de apoyo tienen beneficios medibles en el desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños y niñas pequeños, incluso en contextos de limitación económica (UNICEF, 2023; WHO, 2023).

Tercero, se implementó un acompañamiento continuo mediante mensajes de texto dirigidos al cuidador principal. Lejos de ser un detalle accesorio, este componente sostiene la relación entre encuentros presenciales. Mensajes breves, enviados de forma periódica, recuerdan prácticas protectoras y accesibles: ofrecer primero la proteína disponible antes del exceso de harinas; nombrar las acciones mientras se viste al niño o la niña, para que el lenguaje cotidiano funcione como estimulación verbal; detenerse unos segundos frente al llanto para regular la propia respiración y transmitir calma; leer las señales de cansancio antes de que la irritabilidad escale. Estudios recientes en salud infantil y nutrición temprana han documentado que intervenciones de bajo costo basadas en refuerzos por mensajería pueden mejorar conductas de alimentación, estimulación y respuesta sensible en el hogar, precisamente porque acercan el acompañamiento técnico a la vida real diaria del cuidador (Benítez-Andrades et al., 2024).

Este libro, que recoge la experiencia de INFANTIA CÓRDOBA, tiene entonces una finalidad doble. Por una parte, documenta cómo se está cuidando a la primera infancia en el departamento, con especial atención a dos ejes que no pueden separarse: la seguridad alimentaria y las pautas de crianza. Por otra parte, traduce ese diagnóstico en posibilidades: rutas de acompañamiento para las familias; orientaciones para el personal educativo que atiende a niños y niñas en sus primeros años; y líneas de acción que pueden ser útiles para la toma de decisiones en el nivel territorial.

El tono de estas páginas es deliberado. No busca culpables individuales, ni pretende establecer jerarquías morales entre familias que “cuidan bien” y familias que “cuidan mal”. Lo que se busca es visibilizar, con respeto, cómo las condiciones materiales, emocionales y formativas del cuidado temprano se convierten en infraestructura humana para todo un territorio. El desarrollo infantil temprano no es una anécdota privada en la historia de cada hogar: es un componente estructural del futuro colectivo. Invertir en los primeros años —en alimentación adecuada, en presencia emocional disponible, en regulación compartida, en oportunidades de juego y lenguaje— se reconoce globalmente como una de las estrategias más costo-efectivas para mejorar salud pública, aprendizaje escolar y desarrollo económico sostenido (World Bank, 2024).

Córdoba tiene, en este sentido, una oportunidad histórica. Comprender de manera rigurosa cómo se está cuidando hoy a los niños y niñas más pequeños del departamento permite proyectar cómo queremos que se cuide mañana. Hacer visible el cuidado es, en sí mismo, un acto de política pública.

INFANTIA CÓRDOBA surge en el Departamento de Córdoba entre 2023 y 2024 como una iniciativa académica y territorial liderada por la Universidad de Córdoba, desde el programa de Licenciatura en Educación Infantil, en articulación con la Universidad del Norte y con el apoyo institucional de la Gobernación de Córdoba. Este punto es fundamental: se trata de investigación hecha desde una universidad pública del territorio, con las preguntas del territorio y puesta al servicio del territorio.

La Licenciatura en Educación Infantil de la Universidad de Córdoba no se limita a formar docentes para el aula inicial. Su apuesta académica ha venido incorporando de manera directa contenidos de neurodesarrollo, seguridad alimentaria, prácticas de cuidado temprano y acompañamiento familiar como componentes estructurales de la formación profesional. Esa decisión pedagógica es, en sí misma, una posición política en el mejor sentido: asumir que el bienestar de la primera infancia es un asunto académico de alta complejidad, y a la vez una responsabilidad pública compartida.

El trabajo de campo presentado en este libro se sitúa exactamente en esa frontera: entre la investigación científica y la acción concreta. Observa, caracteriza y analiza las condiciones reales de cuidado, alimentación y acompañamiento emocional que reciben los niños y niñas pequeños en Córdoba, pero no se queda en la descripción. Acompaña a las familias con formación vivencial; entrega materiales pedagógicos en lenguaje claro; sostiene el proceso mediante mensajes de texto que recuerdan prácticas protectoras; y deja instaladas capacidades. La Universidad de Córdoba, en alianza con la Universidad del Norte, ha entendido que producir evidencia ya no basta: lo urgente es producir evidencia que se pueda implementar.

La participación de la Gobernación de Córdoba hizo posible desplegar este modelo con familias cuidadoras en distintos contextos del departamento. Esa articulación entre universidad pública, universidad aliada y entidad territorial es, en sí misma, un resultado y una promesa. Un resultado, porque permitió que las estrategias de acompañamiento llegaran a cuidadores reales de niños y niñas en primera infancia. Una promesa, porque abre la puerta a que el cuidado temprano —nutrición adecuada, contención emocional, estimulación oportuna— se reconozca como prioridad de política pública departamental, no solo como responsabilidad íntima del hogar.

Este libro nace de ahí: de un diálogo entre ciencia y territorio. La Universidad de Córdoba asume aquí su papel natural: producir conocimiento con rigurosidad, traducirlo en orientaciones comprensibles y situadas, y ofrecerlo como base para la toma de decisiones en torno a la primera infancia. Lo que se presenta en las páginas que siguen no es únicamente un conjunto de hallazgos. Es una propuesta de futuro para Córdoba, construida desde la primera infancia, y sostenida por una universidad que entiende que la educación inicial empieza mucho antes de entrar al aula.

CAPÍTULO 1

PRIMERA INFANCIA COMO DECISIÓN PÚBLICA: CIENCIA, CUIDADO Y FUTURO PARA CÓRDOBA

La primera infancia ha sido descrita durante mucho tiempo como una etapa “sensible”, casi siempre asociada a ternura y vulnerabilidad. Desde la ciencia actual del neurodesarrollo sabemos que esa descripción es incompleta. La primera infancia no es solo una fase: es el punto de arranque estructural del desarrollo humano. Durante la gestación y los primeros mil días de vida —aproximadamente hasta los dos años— el cerebro humano crea y refuerza redes neuronales a una velocidad que no vuelve a repetirse en ninguna otra etapa. Más del 80 % de la arquitectura cerebral básica se organiza antes de los tres años, moldeada por lo que ese niño o esa niña recibe en términos de alimento suficiente y oportuno, estabilidad emocional, lenguaje, juego, seguridad y regulación compartida con un adulto disponible (World Health Organization [WHO], UNICEF, & World Bank, 2023; UNICEF, 2023).

En otras palabras: lo que ocurre en los primeros años no se queda en los primeros años. Se vuelve salud mental, capacidad de atención, autorregulación emocional, desempeño escolar, productividad económica y convivencia social a lo largo de toda la vida. La evidencia lo formula en términos muy directos: el desarrollo infantil temprano no es un tema menor de bienestar, sino un determinante de capital humano y de equidad social futura (Black et al., 2017)

Esta afirmación tiene consecuencias inmediatas para Córdoba. Significa que invertir en la primera infancia es una decisión de desarrollo territorial. No es filantropía, no es asistencia blanda, no es únicamente “programa social”: es política de futuro económico y social del departamento. Cuando un gobierno prioriza explícitamente a la primera infancia —salud materno-infantil, seguridad alimentaria en hogares con bebés y niños pequeños, acompañamiento a cuidadores, educación inicial sensible al neurodesarrollo— está haciendo política de prevención en salud pública, de prevención en violencia, de cierre de brechas educativas y de movilidad social. (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; Draper, 2024).

1.1 La ventana biológica que no se repite

La neurobiología del desarrollo temprano es clara. En los primeros años, el cerebro es extraordinariamente plástico: crea conexiones, las fortalece con el uso y elimina (“poda”) las que no se usan de manera estable. Esa plasticidad —que permite aprender con velocidad vertiginosa— también significa vulnerabilidad: las condiciones del entorno quedan literalmente inscritas en los circuitos neuronales. Las experiencias de cuidado estable, juego compartido, lenguaje dirigido al niño, alimentación suficiente y sueño protegido refuerzan circuitos que soportan autorregulación, atención, lenguaje y memoria de trabajo; las experiencias de miedo sostenido, gritos constantes, hambre repetida o descuido emocional elevan la activación fisiológica y pueden alterar las redes que más tarde regulan el control del impulso, la tolerancia a la frustración y la planificación conductual (Center on the Developing Child, 2023; Harvard Center on the Developing Child, 2023; WHO, 2023).

El término “estrés tóxico” resume bien este fenómeno. No hablamos de cualquier llanto ni de cualquier contratiempo. El estrés tóxico es la activación intensa o sostenida de los sistemas de respuesta al estrés del cuerpo —taquicardia, cortisol elevado, hipervigilancia— en ausencia de un adulto que ayude a calmar, regular y contener. Esa exposición sin amortiguación de un cuidador disponible se ha asociado con cambios persistentes en la arquitectura cerebral, con efectos posteriores en el aprendizaje, la salud mental y la conducta social (Center on the Developing Child, 2023).

En el espejo de Córdoba esto es urgente. Cuando una madre (o abuela, o cuidadora principal) está criando un niño pequeño en condiciones de inseguridad alimentaria, preocupación económica constante y cansancio emocional acumulado, esa cuidadora no siempre tiene margen para ofrecer regulación calmada, sostenida y sensible. En los datos recogidos en el proyecto INFANTIA CÓRDOBA, casi el 80 % de los hogares reportó haberse sentido preocupado recientemente porque la comida no alcanzara; más de la mitad reconoció que algún adulto en casa comió menos de lo necesario para que otros —incluidos niños— pudieran comer; y una proporción no despreciable reportó episodios en los que un menor pasó hambre objetiva.

Esto no es un simple indicador social: es una condición biológica de riesgo para el cerebro en formación.

La evidencia científica advierte que este tipo de adversidad temprana sostenida —nutrición insuficiente, estrés crónico del cuidador, ausencia de entornos estables y seguros— está directamente asociada con la probabilidad de que un niño o niña “no alcance su potencial de desarrollo”, con impactos que se extienden en salud, escolaridad y productividad adulta (Black et al., 2017; Draper, 2024).

1.2. Cuidado cariñoso y sensible: la intervención más potente (y más subestimada)

Las investigaciones más influyentes de la última década convergen en una misma idea: lo que más protege el desarrollo temprano no es un dispositivo costoso ni una tecnología sofisticada, sino la combinación entre cuidado cariñoso y sensible, alimentación adecuada, oportunidades tempranas de exploración y protección frente a la violencia y el estrés tóxico (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; McCoy et al., 2023).

“Cuidado cariñoso y sensible” —también formulado como “cuidado receptivo” o “cuidado para el desarrollo infantil” (CDI)— significa que el adulto cuidador lee las señales del niño, responde de forma consistente, le habla, lo mira, lo calma con su propio cuerpo, le ofrece oportunidades de juego y exploración seguras, y lo protege de amenazas que superan su capacidad de afrontamiento. No es solamente afecto. Es regulación emocional compartida y estimulación contingente. Y está demostrado que este tipo de cuidado predice mejores resultados en autorregulación, lenguaje, salud mental y habilidades socioemocionales en la infancia y más allá (UNICEF, 2023; WHO, 2023; Center on the Developing Child, 2023).

Una lectura especialmente importante para Córdoba es que este cuidado cariñoso y sensible no es un “don natural” que algunas madres traen y otras no. Es una práctica que se puede

acompañar, fortalecer y sostener. Los marcos de CDI en América Latina plantean exactamente eso: formar a las personas que cuidan (madres, padres, abuelas, hermanas mayores, cuidadores sustitutos) en habilidades específicas de alimentación, calma, juego, lenguaje, lectura emocional, sueño, límites no violentos y detección temprana de señales de alerta del desarrollo. Y hacerlo con herramientas accesibles: talleres presenciales, guías impresas en lenguaje claro y acompañamiento continuo con mensajes breves recordatorios.

Las implementaciones del enfoque CDI en la región han mostrado que cuando se entrena a equipos locales de salud, educación inicial y programas sociales para hablar el mismo lenguaje —neurodesarrollo, cuidado sensible, seguridad alimentaria, juego como aprendizaje— se reduce la fragmentación institucional. El sector salud deja de ver a la familia solo como paciente, el sector educativo deja de ver a la familia solo como “responsable disciplinaria”, y la familia deja de sentirse juzgada y empieza a sentirse acompañada. Este tipo de articulación intersectorial ha sido documentada en experiencias de América Latina y el Caribe recogidas por UNICEF, OMS y Banco Mundial, que señalan la necesidad de que la respuesta pública a la primera infancia sea coordinada, continua y basada en evidencia, no episódica ni dispersa entre dependencias (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023).

Este enfoque coincide con lo observado en INFANTIA CÓRDOBA: el cuidado real de los niños y niñas pequeños del departamento es ejercido de manera cotidiana por mujeres jóvenes, en muchos casos menores de 30 años, en hogares donde viven en promedio cinco personas y donde la alimentación diaria es una negociación constante de recursos y energía emocional.

En ese contexto, acompañar a quien cuida no es accesorio: es sostener la base neurobiológica del niño.

1.3. Otras experiencias latinoamericanas: de la evidencia a la escala

Una de las contribuciones más importantes de la serie de The Lancet “Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale” es precisamente mostrar que esto no es teoría abstracta sino política implementable. La serie plantea que los países pueden —y deben— llevar intervenciones de desarrollo infantil temprano a escala nacional, articulando salud materno-infantil, nutrición, protección frente a la violencia y educación inicial, siempre con un componente explícito de apoyo al cuidador. Identifica al sector salud como primera puerta de entrada (porque es el sector que ve a las gestantes y a los recién nacidos), pero insiste en que el impacto sostenido solo ocurre si ese primer contacto se enlaza con servicios de nutrición, protección social y educación inicial de calidad (Black et al., 2017; WHO, 2016; Draper, 2024).

En América Latina, este principio se ha traducido en modelos integrados donde, por ejemplo, el control de crecimiento y desarrollo en salud no se limita al peso y la talla, sino que incorpora preguntas estructuradas sobre sueño, llanto, vínculo, juego, alimentación, regulación emocional del cuidador y seguridad en el entorno del hogar. Es decir: el “crecimiento y desarrollo” deja de ser puramente biométrico y se convierte en una primera pesquisa de bienestar socioemocional y de cuidado (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023).

Al mismo tiempo, varios países han introducido componentes comunitarios de acompañamiento al cuidador: visitas domiciliarias, círculos de crianza, mensajes de texto o audio diseñados con lenguaje local, e incluso microcontenidos en radio o mensajería móvil para recordar prácticas protectoras (alimentación priorizada, hablarle al bebé mientras se le cambia, responder al llanto con calma). Estos apoyos de baja tecnología han mostrado impacto en conductas de alimentación y estimulación, y son citados por estudios recientes como intervenciones costo-efectivas en países de ingresos bajos y medios, (Draper et al., 2024)

Para Córdoba, esto significa dos cosas: (1) no estamos solos ni improvisando; hay evidencia latinoamericana y global que demuestra que acompañar a las familias es viable; y (2) la escala importa. No basta con pilotos aislados: la primera infancia requiere continuidad institucional.

1.4. El cuidado como derecho público, no como carga privada

En Colombia se ha venido consolidando una lectura jurídica y ética que cambia el lugar del cuidado. El cuidado —cuidar, ser cuidado y poder cuidarse— empieza a ser reconocido como un derecho fundamental en construcción. Esa formulación implica dos desplazamientos críticos: primero, deja de entender el cuidado como “obligación natural femenina” y lo convierte en una responsabilidad social y pública; segundo, convierte el acompañamiento a las familias que crían niños y niñas pequeños en un deber de política pública, no en un favor ocasional (Ramírez Bolívar, Martínez Osorio, González Gutiérrez, & Mosquera Sánchez, 2025).

Cuando el cuidado se reconoce como derecho, la primera infancia deja de ser vista como un asunto íntimo del hogar para pasar a ser prioridad intersectorial: salud, educación inicial, protección social y programas de seguridad alimentaria deben coordinarse alrededor de un mismo niño o niña, no funcionar como islas. Este es exactamente el argumento del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible / Nurturing Care Framework: el desarrollo infantil temprano debe ser garantizado mediante la convergencia de cinco dimensiones —salud, nutrición, seguridad y protección, aprendizaje temprano y cuidado sensible—, y esa convergencia requiere voluntad política sostenida y coordinación de sectores que históricamente no han trabajado juntos (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; WHO, 2018).

Para Córdoba, la traducción es directa: si queremos proteger el cerebro de los primeros años, tenemos que proteger también a quienes sostienen ese cerebro día y noche. Eso significa asegurar acceso estable a alimentos nutritivos en hogares con bebés y niños pequeños, ofrecer acompañamiento concreto y no culpabilizante a las cuidadoras y cuidadores primarios, y formar a los equipos de salud y educación inicial para que lean el llanto, el sueño, la alimentación y el comportamiento del niño como información clínica y pedagógica temprana, no como “caprichos” ni “mal comportamiento”.

1.5. Una agenda departamental inaplazable

Los hallazgos de INFANTIA CÓRDOBA 2023–2024 —construidos en alianza entre la Universidad de Córdoba, la Universidad del Norte y la Gobernación de Córdoba— muestran

que las familias del departamento ya están haciendo esfuerzos extraordinarios para proteger a los niños y niñas más pequeños. Las mujeres jóvenes, en particular, asumen el rol de reguladoras emocionales, responsables de la alimentación diaria y administradoras del clima afectivo del hogar, aun cuando reconocen preocuparse por la comida que no alcanza, saltarse comidas para priorizar al menor y criar en entornos donde la guía intergeneracional se mezcla con mensajes fragmentados de redes sociales.

La pregunta no es si Córdoba cuida. Córdoba cuida. La pregunta es si Córdoba está dispuesta a reconocer ese cuidado como infraestructura estratégica y sostenerlo con política pública estable, intersectorial y basada en evidencia.

La ciencia ya dio su respuesta: intervenir temprano, acompañar a quien cuida, garantizar alimentación suficiente y proteger al niño o niña del estrés tóxico cambia la trayectoria vital. Es posible hacerlo con estrategias de bajo costo, culturalmente pertinentes y escalables (Black et al., 2017; WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; McCoy et al., 2023).

Este libro parte desde ahí. Lo que sigue en los capítulos posteriores es mostrar, con datos del territorio, cómo se está cuidando hoy a la primera infancia en Córdoba, qué tensiones viven quienes cuidan, dónde están las fortalezas silenciosas ya instaladas en las familias, cuáles son los riesgos que requieren respuesta inmediata y cuáles son las rutas de acción que el departamento puede adoptar para proteger, de manera explícita, el cerebro que se está formando ahora.

Porque proteger la primera infancia no es solamente proteger a un niño. Es proteger el futuro de Córdoba.

CAPÍTULO 2

LOS PRIMEROS AÑOS: EL CEREBRO QUE SE ESTÁ FORMANDO

2.1 Nacer en Córdoba hoy

Hablar del neurodesarrollo temprano en Córdoba no es hablar de neuronas en el vacío ni de “estimulación temprana” como una actividad escolarizada. Es hablar de bebés y niños pequeños viviendo en casas de cinco personas en promedio, a veces trece bajo el mismo techo, criados en entornos donde la alimentación diaria se negocia emocional y materialmente, y cuidados casi siempre por una mujer joven, menor de 30 años, que además de alimentar y calmar, también sostiene la estructura emocional de toda la casa.

En el trabajo de campo realizado en el marco de INFANTIA CÓRDOBA (2023–2024), se escuchó directamente a cuidadores principales de niños y niñas menores de seis años en varios municipios del departamento. El 94,2 % de quienes cuidan son mujeres, con una edad promedio de 29,4 años. No se trata únicamente de madres biológicas jóvenes; también aparecen abuelas que continúan cuidando en edades avanzadas, e incluso niñas-mujeres adolescentes que ya ejercen funciones de regulación emocional y alimentación de menores.

Esa fotografía importa por una razón central: en los primeros mil días de vida (gestación + dos primeros años), el cerebro humano forma más de un millón de conexiones sinápticas por segundo. Estas conexiones se organizan en torno a tres insumos no negociables: nutrición adecuada, protección frente al estrés tóxico, y una relación de cuidado sensible y consistente que ayude al niño o la niña a regularse emocionalmente. UNICEF y la Organización Mundial de la Salud han insistido en que más del 80 % de la arquitectura cerebral básica se consolida antes de los tres años, y que ese andamiaje temprano es la base futura para atención, lenguaje, autorregulación emocional, aprendizaje escolar y salud mental.

En otras palabras: en Córdoba, cuando hablamos de primera infancia, estamos hablando de neurobiología cotidiana. Estamos hablando de qué comió ese niño hoy, quién lo calmó cuando lloró anoche, quién lo cargó, quién le habló mientras lo vestían, quién lo sostuvo cuando estaba sobreestimulado. El desarrollo cerebral temprano ocurre en esa escena doméstica, no solo en una sala de estimulación ni en un aula.

2.2 Cuidar es regular el sistema nervioso de otra persona

El cerebro de un niño pequeño no puede autorregularse en soledad. Necesita un adulto que “le preste” serenidad fisiológica: voz estable, contacto físico seguro, lectura de señales de hambre, sueño, miedo, fastidio. Ese ajuste fino entre lo que el niño siente y la respuesta que recibe del adulto se conoce como cuidado sensible o cuidado cariñoso y sensible en la literatura internacional, y hoy se reconoce como un determinante directo de salud mental y desarrollo socioemocional posterior.

El punto crítico es que, en Córdoba, esa función reguladora —ese sostener el sistema nervioso inmaduro de otra persona— recae mayoritariamente en mujeres jóvenes que, al

mismo tiempo, cargan la responsabilidad material de la alimentación y del funcionamiento cotidiano del hogar.

Esta sobrecarga no es menor. La evidencia internacional muestra que el estrés crónico del cuidador, especialmente cuando se combina con inseguridad alimentaria, aumenta el riesgo de respuestas más reactivas, menos sensibles y más impulsivas frente al llanto o al berrinche, lo que puede amplificar la desregulación del niño o la niña y reforzar ciclos de irritabilidad, llanto prolongado y sueño fragmentado (WHO, 2023; Arteaga et al., 2024). Cuando el adulto está exhausto, la disponibilidad emocional para acompañar y nombrar las emociones del niño disminuye. Cuando la disponibilidad emocional disminuye de forma sostenida, el cerebro infantil aprende menos estrategias de autorregulación y más estrategias de supervivencia.

Esto no es una sentencia moral sobre “buena” o “mala” crianza; es fisiología social. Amar Amar y colegas, en el trabajo desarrollado en el Caribe colombiano, han insistido por décadas en que el desarrollo infantil no puede aislarse de las condiciones reales de las familias que cuidan. El niño pequeño es inseparable del entramado afectivo, económico y comunitario que lo sostiene (Amar Amar, 2015; Amar Amar, Palacio Sañudo, Abello, Madariaga, & cols., 2014).

Su planteamiento es directo: si queremos comprender por qué un niño regula, aprende lenguaje, establece vínculos seguros o desarrolla atención sostenida, tenemos que mirar quién lo cuida, en qué condiciones cuida y qué soporte tiene esa persona que cuida.

Este libro adopta esa premisa para Córdoba.

2.3 Generaciones que cuidan: tensiones nuevas y fracturas silenciosas

En la caracterización local aparece otra capa que debemos nombrar con honestidad: la crianza actual en Córdoba está atravesada por un desplazamiento generacional de saberes y por una transformación cultural acelerada por lo digital.

En muchos de los hogares observados, la figura de mayor experiencia en crianza —la abuela— sigue estando presente físicamente, pero ya no siempre tiene autoridad directa sobre las decisiones diarias de alimentación, sueño y consuelo. La madre joven, conectada a redes sociales, grupos de WhatsApp, cuentas de crianza en Instagram y TikTok, entra en contacto con discursos simultáneamente informados y desinformados sobre lactancia, alimentación complementaria, sueño “autónomo”, disciplina, estimulación temprana y “niños que se portan bien”. Esa madre joven recibe consejos contradictorios cada 24 horas: la abuela le dice “cárgalo para que no llore”, el algoritmo le dice “no lo cargues que se malacostumbra”, el pediatra le dice “que no pase hambre”, la situación económica real le dice “hoy no hay proteína”.

Esa fragmentación de autoridad genera dos efectos relevantes para el neurodesarrollo:

1. **Incertidumbre en las rutinas de cuidado.** Cuando el adulto cuidador duda de su respuesta (“¿lo alzo o lo dejo llorar?”), la intervención llega tarde o llega con culpa. Esa duda prolonga estados de alta activación en el niño o la niña —taquicardia,

hipervigilancia, llanto sostenido— que, si se vuelven crónicos, se asocian con patrones de estrés tóxico temprano. El estrés tóxico, definido como estrés intenso o sostenido sin el amortiguamiento sensible de un adulto disponible, ha sido vinculado con alteraciones en circuitos de control emocional, memoria de trabajo y regulación del impulso (Harvard Center on the Developing Child, 2023; WHO, 2023).

2. **Normalización del autosacrificio materno sin soporte social.** Muchas mujeres jóvenes reportan saltarse comidas para que el niño coma, dormir menos para que el niño duerma, dejar de trabajar formalmente para “estar pendiente”, asumir la calma emocional de todos en la casa y además sentir culpa si se frustran. En los datos recogidos en Córdoba, más de la mitad de los cuidadores reconoce haber comido menos de lo necesario por falta de recursos en los últimos meses, priorizando a otros miembros del hogar.

Esa renuncia alimentaria del adulto tiene un costo directo en su energía física y en su regulación emocional, y por tanto en su capacidad de ofrecer cuidado sensible sostenido.

Esta escena, lejos de ser un asunto privado de cada familia, es un asunto de salud pública del departamento. Cuando la figura que provee contención emocional al niño está exhausta, hambrienta o sola, el riesgo de desregulación crónica del niño aumenta. Y la desregulación crónica en los primeros años se asocia, a largo plazo, con mayores probabilidades de dificultades en el control de impulsos, agresividad reactiva, baja tolerancia a la frustración y problemas de atención en el contexto escolar (WHO, UNICEF & World Bank, 2023).

Lo que muestran Romero Otálvaro y colegas en los últimos años es consistente con esto: la observación sistemática del neurodesarrollo temprano exige mirar no solo “si el niño ya gatea” o “ya señala”, sino las condiciones del entorno de cuidado, porque es en esa interacción donde se detectan a tiempo desajustes regulatorios que luego se expresan como alerta del desarrollo. Romero Otálvaro plantea que la detección temprana y el seguimiento del neurodesarrollo deben incorporar herramientas accesibles a las familias y a los equipos territoriales —instrumentos de pesquisa breves, observación guiada, preguntas estructuradas a cuidadores— para identificar riesgo temprano y acompañar a la familia antes de que el rezago se consolide. Esta aproximación, que valida el seguimiento del desarrollo infantil en escenarios de rutina escolar y comunitaria, insiste en que el neurodesarrollo debe ser monitoreado como trayectoria, no como examen aislado. (Romero Otálvaro, 2018; Romero Otálvaro, Grañana, Gaeto, & cols., 2018).

Dicho en términos sencillos: no basta con decir “el niño va bien” o “el niño va mal”; hay que mirar cómo está siendo cuidado, con qué red de apoyo y bajo qué presión material.

2.4 Neurodesarrollo, pobreza y derecho al cuidado

Existe un consenso internacional cada vez más explícito: el cuidado temprano no puede seguir tratado como una responsabilidad privada y silenciosa de las familias —y especialmente de las mujeres—, sino como un derecho que los Estados deben garantizar. En América Latina y el Caribe, UNICEF ha señalado que los primeros años de vida están

atravesados por factores de riesgo estructurales (pobreza, inseguridad alimentaria, violencia, itinerarios laborales precarios de los cuidadores) que, si no se mitigan con cuidado cariñoso y sensible, elevan el riesgo de retrasos en el desarrollo infantil temprano y comprometen el potencial humano futuro de esos niños y niñas.

Esa discusión ya entró en el corazón jurídico colombiano. En 2023 y 2024, la Corte Constitucional comenzó a reconocer el **cuidado** como un derecho fundamental en construcción, señalando que cuidar, ser cuidado y poder cuidarse a sí mismo son dimensiones que sostienen la vida digna y habilitan el ejercicio de otros derechos. El argumento es claro: el cuidado no es un favor femenino ni una virtud privada, es infraestructura social básica, y por lo tanto el Estado tiene responsabilidad en garantizar condiciones dignas para quienes cuidan y quienes necesitan cuidado (Ramírez Bolívar, Martínez Osorio, González Gutiérrez, & Mosquera Sánchez, 2025).

Esto tiene consecuencias directas para la primera infancia en Córdoba:

- Si el cuidado es un derecho, entonces el acompañamiento a las madres, abuelas y demás cuidadores en temas de regulación emocional, alimentación adecuada, manejo del llanto, sueño infantil y lectura de señales tempranas del neurodesarrollo deja de ser “un favor que hace el programa” y pasa a ser una obligación de política pública.
- Si el cuidado es un derecho, entonces la disponibilidad de información clara y aplicable en casa —cómo responder al llanto sin violencia, cómo alimentar cuando el presupuesto es limitado, cuándo consultar si hay señales de alerta en lenguaje o motricidad— no puede depender solo de la buena voluntad individual; debe estar incluida en la oferta institucional.
- Si el cuidado es un derecho, entonces la seguridad alimentaria del hogar con niños pequeños no es solamente un indicador nutricional: es una condición neuroprotectora.

Los datos recogidos en Córdoba muestran que el 79,9 % de los hogares reportó preocupación reciente de que se acabaran los alimentos por falta de dinero.

Esa preocupación constante no es banal: vivir en alerta alimentaria erosiona la calma emocional del adulto que cuida, y cuando el adulto pierde calma, el niño pierde regulación. La literatura sobre desarrollo humano en el Caribe colombiano viene señalando desde hace décadas que la protección del desarrollo infantil depende tanto de factores materiales (alimento disponible, vivienda relativamente estable, acceso a salud) como de factores vinculares (cariño explícito, disponibilidad emocional, presencia afectiva). Amar Amar y Palacio Sañudo han documentado que, incluso en contextos de pobreza, las prácticas de cuidado cotidiano —mirar a los ojos, hablarle al bebé, sostenerlo en brazos cuando llora, compartir comida, aunque sea escasa— actúan como factores protectores que amortiguan la vulnerabilidad estructural y sostienen trayectorias de desarrollo más favorables (Amar Amar, Palacio Sañudo, Abello, Madariaga, & cols., 2014; Amar Amar, 2015).

Esta es una lección fundamental para la toma de decisiones territoriales: no estamos partiendo de cero. Córdoba ya tiene prácticas de protección instaladas en las casas. Las mujeres —y,

en menor medida, otros cuidadores— ya están haciendo cuidado cariñoso y sensible, aun en condiciones de restricción. Lo que falta no es voluntad; lo que falta es sostén.

El enfoque internacional de cuidado cariñoso y sensible (*caring and responsive caregiving*), recogido en el marco de “Cuidado para el Desarrollo Infantil” (CDI) y reconocido por UNICEF, OMS y el Banco Mundial, plantea precisamente esto: garantizar que cada niño y niña pequeña tenga acceso a buena salud, nutrición adecuada, protección y seguridad, atención receptiva y oportunidades de aprendizaje temprano; y garantizar que quien cuida tenga apoyo real para ofrecer eso de manera continua.

Es decir, no basta con decirle al cuidador “hágalo bien”; hay que acompañarlo para que pueda hacerlo bien en su realidad material.

2.5 Lo que esto significa para Córdoba

A la luz de los hallazgos del territorio y de la evidencia científica internacional y nacional (Romero Otálvaro, 2018; Amar Amar, 2015; Amar Amar & Palacio Sañudo, 2014; UNICEF, 2023; WHO, 2023), podemos plantear cinco conclusiones que orientan el resto del libro:

Primero. El neurodesarrollo temprano es una experiencia social. No es un rasgo innato del niño ni una lista de hitos en una cartilla. Es la suma de alimentación disponible, calma posible y presencia afectiva. En Córdoba, esa experiencia social está feminizada y sostenida por mujeres jóvenes sometidas a alta presión doméstica.

Segundo. La sobrecarga femenina del cuidado es, hoy, un determinante directo de salud infantil. Si esa cuidadora no duerme, no come o no tiene relevo emocional, el niño está en mayor riesgo de estrés tóxico, desregulación y rezagos socioemocionales.

Tercero. La transmisión intergeneracional de pautas de crianza se está fracturando. La abuela está, pero la autoridad ahora se disputa con narrativas digitales (algunas basadas en evidencia, otras claramente dañinas). Esa disputa deja a la cuidadora joven sola frente a decisiones críticas de regulación emocional y alimentación. Este vacío de acompañamiento técnico directo y culturalmente pertinente tiene efectos neurobiológicos en el niño.

Cuarto. La inseguridad alimentaria no es únicamente un problema nutricional; es un problema neurodesarrollativo. Cuando en un hogar se raciona comida, el primer órgano que sufre en un niño pequeño es el cerebro en desarrollo.

Quinto. El cuidado debe asumirse como un derecho exigible y una responsabilidad pública compartida. Colombia ya empezó a dar ese paso al reconocer jurídicamente el cuidado como un derecho fundamental en construcción, con dimensiones claras: el derecho a cuidar en condiciones dignas, el derecho a ser cuidado y el derecho al autocuidado (Ramírez Bolívar et al., 2025).

Esto significa que acompañar a las familias cuidadoras de la primera infancia en Córdoba no es un gesto asistencial: es política de garantía de derechos.

2.6 Recomendaciones iniciales desde la evidencia

1. **Acompañar al cuidador es intervenir el neurodesarrollo.** Cualquier estrategia departamental dirigida a la primera infancia debe incluir acompañamiento emocional y técnico directo a las personas que cuidan (madres, abuelas, hermanas mayores, cuidadores sustitutos). No es sostenible seguir pidiéndoles regulación emocional perfecta sin ofrecerles contención, descanso y orientación clara. Esto es coherente con la ruta de “cuidado cariñoso y sensible” priorizada internacionalmente para niños menores de tres años.
2. **Monitoreo temprano del neurodesarrollo como práctica comunitaria.** La propuesta de Romero Otálvaro y colegas, detección y seguimiento temprano accesibles, a través de instrumentos breves, debe convertirse en herramienta cotidiana en el territorio, no solo en consultorio especializado. Detectar alerta temprano permite orientar a la familia antes de que el rezago se haga estructural. (Romero Otálvaro, 2018; Romero Otálvaro et al., 2018).
3. **Seguridad alimentaria como criterio neuroprotectivo prioritario.** En Córdoba, el 79,9 % de los hogares reportó miedo reciente a quedarse sin comida; más de la mitad reportó que un adulto comió menos de lo necesario; y el 13 % reconoció que un niño o niña sintió hambre y no comió.

Estos datos deben ser leídos como alertas de riesgo de desarrollo infantil temprano, no solo como indicadores sociales. Programas alimentarios para la primera infancia deben estar explícitamente formulados como intervenciones de protección cerebral temprana.

4. **Reconocer la pluralidad generacional del cuidado.** La política pública departamental debe dejar de suponer que “la mamá joven lo resuelve todo sola”. En la vida real cordobesa cuidan madres, abuelas, hermanas adolescentes, tías, vecinas. Las intervenciones deben dirigirse a esa red real, con lenguaje comprensible para cada generación y con soportes distintos (presencial, impreso, digital breve) que respondan a cómo cada generación ya consume información.
5. **Cuidar a quien cuida como mandato legal y ético.** El marco emergente en Colombia que entiende el cuidado como un derecho fundamental abre la puerta a exigir condiciones dignas para las mujeres que hoy sostienen la primera infancia en Córdoba, y por tanto sostienen el futuro cognitivo, emocional y social del departamento (Ramírez Bolívar et al., 2025).

Este libro asume esa lectura: la infancia no puede prosperar si el territorio no protege también a quienes la sostienen día y noche.

CAPÍTULO 3

ALIMENTAR EL CEREBRO: SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA PRIMERA INFANCIA

3.1. ¿Qué entendemos por seguridad alimentaria?

En salud pública, seguridad alimentaria no significa simplemente “tener comida en la casa”. La definición utilizada en investigación social, nutricional y en derechos humanos describe la seguridad alimentaria como el acceso físico, económico y social a alimentos suficientes, seguros, nutritivos, culturalmente apropiados y aceptables, en cantidades adecuadas y de manera estable, sin recurrir a estrategias que vulneren la dignidad (como saltarse comidas de forma repetida, restringir el consumo de los niños para priorizar a los adultos, o depender permanentemente de donaciones de emergencia) (UNICEF, 2024). Esta definición introduce dos elementos claves para la primera infancia: calidad nutricional y estabilidad en el tiempo.

En los últimos años se ha dado un paso más, especialmente desde UNICEF, hacia el concepto de “pobreza alimentaria infantil”, que se entiende como la incapacidad de niñas y niños menores de cinco años de acceder y consumir una alimentación nutritiva y variada durante la primera infancia (UNICEF, 2024). Este concepto mide no solo cuánta comida se ingiere, sino cuántos grupos alimentarios distintos consumen los niños al día (por ejemplo, lácteos, leguminosas, huevo, carnes/pescados, frutas y verduras ricas en micronutrientes), y reconoce que una dieta pobre en diversidad compromete crecimiento físico, supervivencia y desarrollo cognitivo (UNICEF, 2024).

Este giro conceptual es fundamental para Córdoba. Históricamente, la conversación local sobre alimentación infantil se ha centrado en la escasez económica; es decir, en no tener dinero para comprar comida. Nuestros datos confirman que el factor económico es crítico. El 79,9 % de los cuidadores encuestados en el estudio INFANTIA Córdoba declaró haberse preocupado recientemente porque la comida no alcanzara en el hogar por falta de dinero o recursos (Jaramillo, 2024). Pero limitar la discusión a lo económico deja por fuera dimensiones igual de relevantes: la diversidad real de los alimentos disponibles, la presencia de alimentos frescos frente a ultraprocesados baratos, las prácticas de alimentación infantil dentro del hogar y el estrés emocional que produce alimentar a un niño pequeño en condiciones de precariedad (Casey & Winsler, 2025; UNICEF, 2024).

En este libro proponemos leer la seguridad alimentaria como una condición biopsicosocial, y no únicamente económica. Lo que entra (o no entra) en el plato del niño menor de cinco años refleja simultáneamente el ingreso del hogar, la disponibilidad territorial de alimentos nutritivos, las rutinas de cuidado, el nivel de agotamiento emocional de quien alimenta, las habilidades prácticas de compra y preparación, y el tipo de acompañamiento institucional que recibe esa familia. (Jaramillo, 2024; Casey & Winsler, 2025).

3.2. El Caribe colombiano y Córdoba: riqueza agrícola conviviendo con hambre estructural

El Caribe colombiano —y Córdoba de manera muy visible— vive una paradoja que la literatura en salud pública llama “territorios de abundancia relativa con hambre estructural”: zonas con vocación agrícola, ganadera y pesquera donde, sin embargo, los hogares con niñas y niños pequeños reportan que comer con tranquilidad todos los días sigue siendo una preocupación permanente (Jaramillo, 2024).

En una muestra de familias cordobesas con menores de seis años vinculadas al proyecto INFANTIA Córdoba (2023–2024), 7 de cada 10 hogares reportaron formas moderadas o severas de inseguridad alimentaria, incluyendo reducción forzada de la variedad de alimentos disponibles, saltarse comidas y comer menos de lo que necesitaban por falta de dinero (Jaramillo, 2024). Estas prácticas no son excepcionales ni anecdóticas: describen patrones de sobrevivencia alimentaria que se cronifican en el día a día y que anticipan episodios más graves de hambre infantil cuando la presión económica se sostiene.

Esto es consistente con lo que UNICEF denomina pobreza alimentaria infantil: niñas y niños que consumen alimentos de solo dos, tres o cuatro grupos alimentarios al día —lejos de la ingesta mínima de cinco grupos recomendada para sostener un desarrollo saludable— y que, por lo tanto, están privados de nutrientes críticos para el cerebro y para el sistema inmunológico (UNICEF, 2024). A escala mundial, UNICEF estima que uno de cada cuatro niños menores de cinco años vive pobreza alimentaria infantil grave, lo que equivale aproximadamente a 181 millones de niñas y niños; esta pobreza alimentaria no se restringe a las familias más pobres, sino que atraviesa hogares de distintos niveles de ingreso (UNICEF, 2024).

En Córdoba, lo que observamos dialoga con ese panorama global, pero tiene un sello territorial claro: la inseguridad alimentaria se expresa en hogares grandes, sostenidos por mujeres —madres y abuelas— con alta carga de cuidado y con acceso laboral inestable; y se sostiene mediante un ajuste silencioso de las porciones y de la calidad de los alimentos, antes de llegar a la decisión extrema de que un niño deje de comer en todo un día (Jaramillo, 2024).

3.3. Seguridad alimentaria es neurodesarrollo

En los primeros mil días (desde la gestación hasta aproximadamente los dos años) y durante toda la primera infancia, el cerebro infantil está en expansión acelerada. Este proceso necesita energía suficiente, proteínas de buena calidad, ácidos grasos esenciales, hierro, zinc y yodo, entre otros micronutrientes. Déficits sostenidos en esta etapa crítica se asocian con alteraciones en el desarrollo motor fino y grueso, en la autorregulación emocional, en la atención y en el lenguaje (Casey & Winsler, 2025). Dicho de otro modo: comer bien en los primeros años es literalmente cablear el cerebro.

Las revisiones más recientes en neurodesarrollo infantil y alimentación temprana muestran que niñas y niños que viven inseguridad alimentaria tienen más riesgo de presentar retrasos globales del desarrollo, más dificultades para autorregularse, más problemas conductuales y más necesidad de apoyo en habilidades socioemocionales al ingreso al preescolar, incluso controlando por pobreza (Casey & Winsler, 2025). Es decir, no estamos viendo solo un efecto biológico directo de carencias nutricionales; estamos viendo un efecto sistémico en regulación emocional y en preparación para el aprendizaje.

El mecanismo es doble. Por un lado, la ingesta insuficiente y poco diversa limita la disponibilidad de hierro y otros micronutrientes básicos para la mielinización y la maduración de circuitos neurales asociados al lenguaje, la atención y la planificación conductual (Casey & Winsler, 2025). Por otro lado, la inseguridad alimentaria instala una forma de estrés crónico en el hogar: el adulto cuidador vive en alerta, preocupado por si habrá comida mañana, y ese estado emocional elevado reduce la capacidad de ofrecer una crianza calmada, sensible y disponible, que es precisamente la que regula el sistema nervioso del niño y sostiene su desarrollo socioemocional (Casey & Winsler, 2025).

El hallazgo es contundente para la política pública: la inseguridad alimentaria en la primera infancia no es solo hambre física. Es riesgo neurobiológico. Lo que sucede en la olla y en la mesa define la arquitectura cerebral que ese niño llevará al aula de transición, al grado primero de primaria y, más adelante, a la vida adulta. (Casey & Winsler, 2025; UNICEF, 2024).

3.4. Lo que nos dijeron las familias de Córdoba (ELCSA)

Para cuantificar y describir la experiencia alimentaria en los hogares cordobeses con primera infancia, usamos la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA), una herramienta validada regionalmente que capta no solo la falta material de alimentos, sino las prácticas que adoptan los hogares frente a la escasez: preocuparse, bajar la calidad, reducir porciones, saltarse comidas y, en el extremo, que un menor deje de comer durante un día entero. En INFANTIA Córdoba (2023–2024) se aplicó la ELCSA a cuidadores de niñas y niños menores de seis años en seis municipios del departamento (Montería, Montelíbano, Puerto Escondido, Sahagún, San Bernardo y Lorica), (Jaramillo, 2024).

Los resultados son claros y dolorosamente consistentes:

- El 79,9 % manifestó haberse preocupado recientemente porque los alimentos se acabarán en el hogar por falta de dinero o recursos. Esta “preocupación anticipada” es reconocida internacionalmente como un primer nivel de inseguridad alimentaria, y ya implica un estado de alerta emocional que tiene efectos en la crianza (Casey & Winsler, 2025; Jaramillo, 2024).
- El 61,9 % reportó que, en los últimos tres meses, algún adulto del hogar tuvo que alimentarse con baja variedad de alimentos por falta de recursos. Este es el paso típico inicial: se sacrifica la diversidad y la calidad nutricional antes de sacrificar la cantidad total de comida (Jaramillo, 2024; UNICEF, 2024).

- El 54,7 % reconoció que algún adulto comió menos de lo que debía comer. Esta práctica —comer menos para que otro, normalmente el niño pequeño, coma— es descrita en Córdoba como un acto de protección y amor; sin embargo, desde la perspectiva de salud pública es un marcador de tensión alimentaria grave en el hogar (Jaramillo, 2024).

Cuando miramos directamente a los menores de 18 años en el hogar, hallamos que un subconjunto de familias reportó episodios extremos: 13 % dijo que algún niño o niña “sintió hambre, pero no comió”, y 10,2 % indicó que un menor comió solo una vez en el día o pasó un día sin comer por falta de dinero (Jaramillo, 2024). Aunque estas proporciones son menores que las observadas en adultos, su sola existencia en hogares con primera infancia confirma que el umbral de protección se está rompiendo para algunos niños en Córdoba.

Estos datos ratifican la lectura progresiva que proponen tanto ELCSA como UNICEF: primero aparece la angustia por la comida, después la reducción de calidad, luego la reducción de cantidad en adultos, y, en el extremo, la privación alimentaria directa en los niños (Jaramillo, 2024; UNICEF, 2024).

3.5. Lo que revelan los cruces sociodemográficos

El análisis multivariado de la ELCSA en Córdoba permite identificar a quién está golpeando con más fuerza la inseguridad alimentaria, y por qué. Estos patrones no son “naturales”; son producto de condiciones sociales históricas y actuales del territorio, y deben orientar decisiones públicas (Jaramillo, 2024).

Edad del cuidador: Se observa que las experiencias de inseguridad alimentaria más severas —por ejemplo, adultos que comen menos de lo que necesitan, o niños que comen solo una vez al día— se concentran más en hogares donde la cuidadora principal es mayor (Jaramillo, 2024). Esto confirma que en Córdoba las abuelas siguen siendo soporte de la alimentación y la crianza cotidiana, muchas veces sin ingresos formales y con responsabilidades simultáneas hacia varios nietos. Este dato obliga a reconocer que el cuidado ejercido por mujeres mayores es infraestructura social viva, no un “apoyo familiar informal”.

Ocupación: El empleo formal actúa como amortiguador. El desempleo, la informalidad laboral y el trabajo doméstico no remunerado (amas de casa) se asocian con manifestaciones más severas de inseguridad alimentaria en el hogar (Jaramillo, 2024). Esto significa que la política alimentaria infantil es también política laboral y de ingresos para adultos cuidadores de primera infancia. Dicho en términos simples: garantizar empleo digno y estable a las mujeres que crían niños pequeños es una estrategia de nutrición infantil y de neurodesarrollo temprano.

Nivel educativo: Los cuidadores con menor nivel educativo formal concentran más experiencias de inseguridad alimentaria, incluyendo episodios donde se reduce la porción servida al niño. Esto sugiere que la educación actúa no solo como recurso económico futuro,

sino como acceso a información práctica y a redes que permiten gestionar mejor el alimento disponible (Jaramillo, 2024).

Pertenencia étnica. Los hogares que se reconocen como pertenecientes a grupos étnicos reportan con más frecuencia episodios de baja diversidad alimentaria y restricciones de consumo en menores. Esto evidencia inequidades estructurales en acceso físico, económico y culturalmente pertinente a alimentos nutritivos (Jaramillo, 2024). Aquí la inseguridad alimentaria se cruza con discriminación histórica y territorial.

Tamaño del hogar. A mayor número de personas en la casa, mayor reporte de preocupación por quedarse sin comida, de reducción de variedad y de ajustes de porciones. Esto es particularmente relevante en Córdoba, donde los hogares con niñas y niños pequeños suelen incluir más de un adulto y más de un menor, y donde las decisiones de comida se toman “en bloque”, con negociación constante (Jaramillo, 2024).

Relación cuidador-niño: Nuestros datos sugieren que en hogares donde el padre figura como cuidador principal aparecen más frecuentemente respuestas que implican haber servido menos comida al menor. No se trata de culpabilizar a los padres, sino de reconocer un cambio generacional: hay arreglos familiares en los que el rol alimentario ya no está exclusivamente en manos maternas o de la abuela, y no siempre existe el mismo bagaje práctico de alimentación infantil sensible y nutritiva (Jaramillo, 2024). Esta transición —que cruza género, modernización de roles parentales y consumo de información fragmentada en redes sociales— debe ser asumida explícitamente en las estrategias de formación a cuidadores.

La inseguridad alimentaria en Córdoba es estructural, sí, pero no es uniforme. Tiene rostro, edad, género, ocupación, color de piel, historia laboral y número de personas en casa. Y eso permite orientar política pública de forma concreta.

3.6. Mirar experiencias latinoamericanas: alimentación, cuidado y estado

La discusión latinoamericana reciente ha empezado a reconocer que la alimentación en la primera infancia es un derecho y no una transacción privada dentro del hogar. Esa discusión avanza en paralelo con otra transformación política profunda: el cuidado empieza a ser reconocido como un derecho fundamental en construcción, y no simplemente como “la responsabilidad natural de la familia, y en particular de las mujeres” (Ramírez Bolívar, Martínez Osorio, González Gutiérrez, & Mosquera Sánchez, 2025).

Cuando el cuidado se entiende como derecho, el acto cotidiano de alimentar deja de ser invisible. Alimentar con calidad nutricional suficiente, a tiempo, de manera estable y sin recurrir a prácticas violentas o coercitivas, se convierte en un deber público compartido entre salud, educación inicial, protección social y programas alimentarios, no solo en un asunto doméstico. Esta mirada coincide con las recomendaciones internacionales para la primera infancia: articular nutrición, desarrollo infantil temprano, regulación emocional del cuidador y entornos seguros de crianza como una sola política intersectorial, no como iniciativas dispersas (UNICEF, 2024; Casey & Winsler, 2025).

En varios países de la región —y en experiencias previas en Colombia— los entornos de educación inicial y de atención a la primera infancia (CDI, jardines infantiles, entornos comunitarios) funcionan como nodos protectores: allí los niños comen y, al mismo tiempo, reciben estimulación socioemocional y cognitiva. La literatura reciente subraya que este tipo de entornos puede amortiguar parte del impacto de la inseguridad alimentaria del hogar sobre el desarrollo cognitivo, emocional y motor del niño, actuando como un “tercer espacio” cotidiano que combina alimentación, regulación emocional y oportunidades de aprendizaje temprano (Casey & Winsler, 2025).

Ese hallazgo tiene una traducción directa para Córdoba: los espacios de educación inicial y cuidado temprano del departamento no son solo “lugares donde se deja al niño”. Son infraestructura neuroprotectora y nutricional. Y, como tal, requieren soporte estable, formación técnica continua y articulación real entre sector salud, sector educativo y sector social/de protección.

3.7. Seguridad alimentaria para Córdoba: para el presente

A partir del análisis de esta información es posible delinear recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la seguridad alimentaria en Córdoba:

- Reconocer la seguridad alimentaria infantil como prioridad estratégica del departamento. Garantizar acceso estable a alimentos nutritivos y culturalmente pertinentes en los primeros cinco años es invertir en el desarrollo neurocognitivo, en la autorregulación emocional y en la preparación escolar de la próxima generación cordobesa (UNICEF, 2024; Casey & Winsler, 2025).
- Insertar la seguridad alimentaria explícitamente en la agenda de neurodesarrollo temprano. Lo que una niña o un niño come entre los 6 meses y los 3 años está directamente asociado con la maduración de estructuras neurales críticas para lenguaje, atención y regulación emocional (Casey & Winsler, 2025). Esta conexión debe hacerse visible en salud pública, en educación inicial y en planeación social.
- Fortalecer los entornos de educación inicial y de primera infancia como nodos alimentarios y emocionales. Los CDI, hogares comunitarios, jardines infantiles y demás servicios para primera infancia deben ser reconocidos como lugares donde se garantiza nutrición adecuada, estimulación y contención emocional. Estos servicios no son “cuidado auxiliar”: son servicios de desarrollo humano temprano y deben ser tratados y financiados como tal (Casey & Winsler, 2025).
- Acompañar a quien cuida. El estrés alimentario del adulto cuidador es un mecanismo directo que impacta la regulación emocional del niño y, por tanto, su desarrollo socioemocional y conductual (Casey & Winsler, 2025). Esto significa que cualquier política alimentaria para la primera infancia en Córdoba debe incluir apoyo psicosocial a las cuidadoras y cuidadores, formación práctica sobre alimentación sensible y no coercitiva, y alivio real de la carga de cuidado.
- Focalizar con criterio de equidad interna. Los análisis multivariados del estudio INFANTIA Córdoba muestran que la inseguridad alimentaria es más severa en hogares con mujeres cuidadoras fuera del empleo formal, en hogares numerosos, en

familias con menor escolaridad, en hogares que se reconocen étnicamente y en hogares sostenidos por adultos mayores (Jaramillo, 2024). Esta información debe orientar la priorización territorial y de recursos.

- Reconocer el cuidado como derecho y diseñar corresponsabilidad institucional. Tal como se viene planteando en Colombia y la región, el cuidado —incluida la alimentación cotidiana de niñas y niños pequeños— debe ser entendido como un derecho garantizable y no como una carga privada que recae en las mujeres de cada hogar. Esto obliga a pensar sistemas de cuidado y alimentación infantil como política pública sostenida, coordinada e intersectorial (Ramírez Bolívar et al., 2025).

Aquí hay una información extremadamente sensible para política de infancia: los adultos restringen su propia ingesta para intentar proteger al resto del hogar. Esa decisión cotidiana —comer menos de lo necesario— es una forma silenciosa de cuidado que no suele aparecer en los registros administrativos, pero sí tiene consecuencias directas sobre el estado emocional, la energía disponible y la capacidad de autorregulación del cuidador. Cuidar con hambre es más difícil; esa es una ecuación neurobiológica y emocional muy clara en la literatura (WHO, 2023; Draper, 2024).

Al mirar el territorio, se observan matices importantes entre municipios. Hay municipios que se posicionan más cerca de patrones de menor severidad —asociados a respuestas negativas en las preguntas más extremas— y otros que muestran perfiles intermedios o más tensionados. En Montería, Sahagún y San Bernardo del Viento, por ejemplo, se registra una proporción alta de respuestas “sí” en la afirmación “algún adulto comió menos de lo que debía comer”, lo que sugiere que en estos contextos el ajuste alimentario empieza por los adultos.

En algunos casos, el dato sugiere un esfuerzo explícito del hogar por amortiguar el impacto directo sobre el niño o la niña pequeña: primero se restringe el adulto. Este gesto —proteger al menor aun cuando el adulto pasa hambre— es consistente con la literatura que describe cómo, en contextos de inseguridad alimentaria, las familias intentan priorizar la ingesta del niño pequeño incluso a costa de su propia salud nutritiva. Pero el mismo análisis muestra otra cara: cuando el sistema doméstico ya no puede absorber más, esa “barrera protectora” cae y el hambre alcanza también al menor.

Para la Universidad de Córdoba, este hallazgo es central porque conecta alimentación con neurodesarrollo de manera directa. No estamos hablando solo de peso y talla. Estamos hablando de maduración cortical, de mielinización, de formación de redes sinápticas y de la posibilidad del niño o la niña de autorregularse emocionalmente frente al entorno. Las prácticas de alimentación en los primeros años son, literalmente, arquitectura cerebral inscrita en un contexto económico familiar.

Por eso en el modelo INFANTIA CÓRDOBA, el acompañamiento a las familias no se limitó a medir y registrar riesgo alimentario. Hubo tres líneas de acción articuladas desde la Universidad de Córdoba, con apoyo técnico de la Universidad del Norte y respaldo de la Gobernación de Córdoba:

1. Talleres vivenciales con cuidadores, donde se discutió de manera directa qué significa “alimentación adecuada” en el contexto real de cada hogar: cómo priorizar proteína disponible, cómo evitar que el niño pequeño pase largos intervalos en ayuno, cómo interpretar señales de hambre vs. señales de cansancio, y cómo usar los momentos de alimentación como momentos de vínculo y lenguaje, no solo de “llenar la barriga”. Esta formación reconoce que comer es también regular al niño emocionalmente.
2. Roles de Género en el Cuidad...
 2. Cartillas impresas, escritas en lenguaje claro, que sistematizan recomendaciones accionables en casa. La lógica aquí es estratégica: cuando un hogar vive con presión económica continua, no basta con una charla única; hace falta un material que se pueda volver a leer cuando aparece la crisis —cuando el niño no quiere comer, cuando el adulto está cansado, cuando el presupuesto del día obliga a priorizar qué se compra primero.
 3. Mensajes de texto periódicos al cuidador principal, recordando microprácticas protectoras (“ofrecer primero el alimento más nutritivo disponible antes de que el niño se llene con lo menos denso”, “nombrar lo que el niño está haciendo mientras come”, “respirar antes de responder al llanto”) como refuerzo inmediato entre un taller y el siguiente. Esta capa digital de acompañamiento —el apoyo TIC en este modelo— permitió sostener el proceso en la vida real del hogar sin exigir desplazamientos adicionales.

Esta combinación tiene una intención clara desde la Universidad de Córdoba: no culpabilizar al hogar por las condiciones estructurales que vive, sino ofrecer herramientas concretas que disminuyan el riesgo neurobiológico inmediato para el niño o la niña. En términos simples: si hoy no podemos, como territorio, resolver de un solo golpe todas las causas estructurales de la inseguridad alimentaria, sí podemos ayudar a que ese niño o esa niña coma de la mejor manera posible con lo que existe, en el orden correcto, con el acompañamiento emocional correcto, en el momento correcto. Esa diferencia, documentada de manera consistente en la literatura internacional reciente, se traduce en mejores trayectorias de lenguaje, de atención sostenida y de autorregulación en los años siguientes (WHO, 2023; Harvard Center on the Developing Child, 2023; Draper, 2024).

Lo que estos resultados dejan claro para la política departamental es que seguridad alimentaria en la primera infancia no puede ser entendida solo como una línea de abastecimiento de alimentos. Tiene que ser entendida como una política de neurodesarrollo temprano. Cada vez que una cuidadora salta una comida para que el niño no la salte, está haciendo regulación biológica del menor. Cada vez que ya no puede saltarla más, y el hambre llega al niño, estamos frente a un evento de riesgo para el desarrollo cerebral.

Y aquí la Universidad de Córdoba reclama, con razón, un rol técnico permanente: producir evidencia situada, traducirla en orientación clara para las familias y acompañar al gobierno departamental en la toma de decisiones. No como un actor externo que llega a diagnosticar,

sino como institución anclada en el territorio que asume como misión científica y ética proteger el desarrollo temprano de los niños y niñas de Córdoba.

CAPÍTULO 4

CUIDAR HOY EN CÓRDOBA: AUTOEFICACIA PARENTAL, GÉNERO, PATERNIDADES EN TRANSICIÓN Y EL FUTURO DEMOGRÁFICO DEL CUIDADO

4.1. Cuidado, neurodesarrollo y futuro social: por qué este capítulo importa

En neurociencia del desarrollo se entiende que el cerebro humano no “madura solo”, sino que se organiza en interacción constante con el entorno humano que lo sostiene (Center on the Developing Child, 2023; WHO, UNICEF, & World Bank, 2023). El término **neurodesarrollo** describe ese proceso dinámico: la construcción y refinamiento de circuitos motores, sensoriales, cognitivos y socioemocionales desde la gestación hasta los primeros años de vida, guiado tanto por la biología como por las experiencias de cuidado cotidiano.

En la primera infancia —especialmente en los primeros mil días de vida— el niño o la niña no tiene todavía la capacidad de autorregular su estado emocional ni su activación fisiológica. Frente al hambre, el miedo, la frustración o el cansancio, el cuerpo del niño sube en alerta (taquicardia, llanto, tensión muscular) y necesita a un adulto cercano que ayude a bajar esa activación. Ese proceso se llama **co-regulación emocional**: el adulto presta su calma, su contacto físico seguro, su tono de voz y su lectura de la emoción (“estás bravo, yo estoy aquí, vamos a respirar”) para ayudarlo al sistema nervioso inmaduro del niño a volver a un estado de seguridad. Esa co-regulación repetida a lo largo del tiempo es la base sobre la cual se construye la **autorregulación emocional** posterior: la capacidad del niño mayor y luego del adolescente de calmarse, esperar, poner límites a la impulsividad y sostener la atención (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024).

Este punto es crucial para Córdoba: el cuidado cotidiano —quién calma, quién contiene, quién alimenta, quién interpreta el llanto, quién acompaña el sueño— no es un gesto afectivo privado. Es literalmente la intervención más importante que existe para proteger el neurodesarrollo temprano, prevenir problemas de salud mental, favorecer la autorregulación y reducir el riesgo de violencia futura. La literatura reciente en América Latina y el Caribe, así como las recomendaciones globales del marco de Cuidado Cariñoso y Sensible (Nurturing Care), reconocen el cuidado temprano como un determinante estructural de salud pública, capital humano y cohesión social (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; McCoy et al., 2023).

En este capítulo entendemos **crianza** como el conjunto de prácticas cotidianas mediante las cuales el adulto que cuida: protege físicamente, alimenta, calma, regula emocionalmente, pone límites no violentos, introduce lenguaje, organiza rutinas y transmite sentido de seguridad al niño o la niña. La crianza, en términos científicos actuales, no es solo “poner normas”. Es sostener el sistema nervioso del niño mientras ese niño aún no puede hacerlo solo (Cuervo, 2021; Casey & Winsler, 2025).

Cuando la crianza se ejerce desde disponibilidad emocional, contacto seguro, lectura de señales y respuesta sensible, hablamos de **cuidado cariñoso y sensible**. Este tipo de cuidado

predice mejores resultados en lenguaje, autorregulación, salud mental y aprendizaje futuro (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; McCoy et al., 2023).

Cuando la crianza se ejerce bajo agotamiento extremo, inseguridad alimentaria, angustia económica o soledad emocional, esa misma disponibilidad se erosiona, y esa erosión tiene efecto neurobiológico directo en el niño: más irritabilidad, más llanto difícil de calmar, más conductas explosivas, menos autorregulación emergente (Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Por eso este capítulo no es anecdótico ni doméstico. Es estructural. Vamos a responder cuatro preguntas que son políticas, técnicas y éticas para el departamento de Córdoba:

1. ¿Quién está cuidando hoy a la primera infancia (y quién no)?
2. ¿Qué tan capaces y respaldadas se sienten esas personas para cuidar?
3. ¿Cómo están cambiando las paternidades y qué implica eso para la corresponsabilidad real?
4. ¿Qué pasa cuando nacen menos niños y las nuevas generaciones dejan de aceptar cargar solas con el trabajo de crianza?

Cada respuesta tiene consecuencias directas para el diseño de un sistema territorial de cuidado en primera infancia.

4.2. El cuidado como infraestructura social: quién sostiene la primera infancia en Córdoba

Entre 2023 y 2024, el proyecto INFANTIA Córdoba identificó a 3.290 cuidadores y cuidadoras principales de niñas y niños menores de seis años en seis municipios del departamento. El hallazgo es contundente: el 91,4 % de esas personas son mujeres; solo el 8,4 % son hombres.

Esto confirma que, en Córdoba, al igual que en gran parte de América Latina, el cuidado temprano sigue siendo un trabajo feminizado. Las mujeres —madres y abuelas, sobre todo— asumen la alimentación diaria, la calma nocturna, el acompañamiento a los controles de salud, el manejo del llanto, la regulación de las rabietas, la limpieza, el sueño, la estimulación temprana y la mediación con instituciones (CDI, EPS, escuela). Este paquete de tareas no remuneradas sostiene la vida emocional y biológica del niño pequeño y, con él, el capital humano futuro del territorio. Sin ese trabajo invisible, el sistema social simplemente no funciona (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

Pero hay dos detalles que Córdoba tiene que mirar con seriedad:

Primero: la mayoría de estas mujeres cuidadoras se identifican como “amas de casa” o trabajadoras informales. Es decir, cuidan en condiciones de precariedad económica y sin protección laboral. Los hombres cuidadores que aparecen en la muestra también reportan con frecuencia ocupaciones informales o “amo de casa”, pero en proporciones mucho menores. En la práctica, esto significa que la regulación emocional diaria de la primera infancia

descansa sobre mujeres que no solo sostienen el llanto y la comida, sino que además absorben el costo emocional de la incertidumbre económica, la inseguridad alimentaria y la sobrecarga doméstica.

Segundo: una parte importante de esas cuidadoras no son madres jóvenes, sino abuelas que siguen criando activamente nietos y bisnietos. Ellas asumen la contención nocturna, el manejo de enfermedad, el dar de comer “primero al niño”, incluso cuando eso implica comer menos ellas mismas. Esta figura de la abuela-cuidadora mayor es un rasgo muy fuerte en Córdoba y coincide con lo descrito en estudios recientes sobre redes de cuidado intergeneracionales en el Caribe colombiano: las mujeres mayores son todavía la base de soporte emocional y práctico cuando las hijas trabajan en informalidad o están físicamente ausentes durante el día (Moya et al., 2024).

Este panorama local conversa directamente con la discusión latinoamericana actual sobre el **derecho al cuidado**. Desde 2023 y con más fuerza en 2024–2025, la CEPAL y ONU Mujeres vienen insistiendo en que el cuidado es un derecho humano en construcción y un eje de sostenibilidad social, no un favor privado ni una obligación “natural” de las mujeres (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023). Ese argumento es claro: sin cuidado no hay infancia saludable, sin infancia saludable no hay sociedad viable, y sin reconocimiento ni redistribución del cuidado, las desigualdades de género se perpetúan por generaciones.

Para Córdoba, esto deja una advertencia: hoy el territorio depende del cuerpo emocional de las mujeres para sostener el neurodesarrollo infantil. Eso no es sostenible ni justo. Es urgente pasar de asumir el cuidado como un sacrificio privado femenino a reconocerlo como infraestructura social que requiere soporte público, técnico y financiero continuo.

4.3. Autoeficacia parental: ¿se sienten capaces quienes cuidan?

Saber quién cuida no basta. Importa también entender cómo se perciben esas personas frente a su tarea de crianza. Para eso aplicamos la Escala Breve de Autoeficacia Parental (BPSSES) a cuidadores y cuidadoras de niñas y niños menores de seis años en Córdoba. Esta escala mide la percepción de competencia: “¿siento que sé qué hacer cuando mi hijo está difícil?”, “¿siento que puedo marcar una diferencia real en lo que él o ella llega a ser?”.

Los resultados ofrecen una doble lectura:

Fortaleza estructural del territorio.

- El 98 % de las personas encuestadas respondió que puede hacer cosas que mejoren el comportamiento de sus hijos e hijas, y más del 95 % afirmó que puede marcar una diferencia importante en la vida del niño o la niña.
- El 77 % dijo que “en la mayoría de las situaciones” sabe qué hacer para que su niño o niña se comporte mejor, y otro 17,3 % dijo estar completamente de acuerdo con esa afirmación.

Esto quiere decir que las cuidadoras y cuidadores de Córdoba no se ven a sí mismos como pasivos ni derrotados. Se reconocen como agentes activos del desarrollo de sus hijos. Ese

sentido de agencia parental —lo que la literatura denomina **autoeficacia parental**— es hoy uno de los protectores más sólidos frente a prácticas de crianza violentas o negligentes. Estudios recientes muestran que cuando el adulto se siente capaz, es más probable que recurra a estrategias de regulación emocional sensible y menos probable que use gritos, golpes o humillación como recurso inmediato (Kotsis et al., 2023; Cook et al., 2024).

Esta es una buena noticia para Córdoba: existe un deseo explícito de cuidar bien, y existe la creencia de que ese buen cuidado importa.

Zona de alerta.

- Un 12,2 % de los cuidadores estuvo de acuerdo con la afirmación “independientemente de lo que haga, mi hijo va a seguir siendo difícil”.
- Una franja reconoció estar frecuentemente “demasiado cansado/a u ocupado/a” para hacer las cosas que sabe que serían importantes para el niño o la niña.

Esa minoría agotada no es un detalle estadístico. Es el punto de quiebre del sistema. La evidencia reciente en Colombia y en otros contextos latinoamericanos muestra que cuando el agotamiento emocional del cuidador supera cierto umbral, aumenta el riesgo de recurrir a prácticas coercitivas, a respuestas impulsivas y a una crianza menos sensible, especialmente bajo condiciones de inseguridad alimentaria y presión económica (González et al., 2024; Moya et al., 2024). Ese mismo agotamiento se asocia con más problemas de regulación emocional en los niños pequeños y con más conductas explosivas en edad preescolar (Cook et al., 2024).

En términos de política territorial, esto es clarísimo: Córdoba tiene una reserva enorme de voluntad de cuidado, pero esa reserva está siendo drenada por el cansancio, la inseguridad alimentaria y la soledad en la crianza. Si el departamento no interviene ahí —con acompañamiento psicosocial continuo y formación parental especializada— el sistema se fractura por agotamiento, no por desinterés.

4.4. Paternidades en transición: compromiso emocional, límites estructurales

El imaginario clásico “el papá trabaja y la mamá cría” está en transformación en el Caribe colombiano. El análisis cualitativo de involucramiento paterno en padres de niños de 0 a 5 años en la región muestra paternidades que quieren estar presentes emocionalmente, que nombran el vínculo con orgullo (“cuando llego y él corre a abrazarme siento que todo valió la pena”), que acompañan de manera directa en episodios de enfermedad (“si está con fiebre yo no duermo”), y que buscan activamente “dar lo que yo no recibí de mi propio papá” (Diniz et al., 2021).

Sin embargo, esa presencia afectiva no siempre se traduce en corresponsabilidad cotidiana. Lo que escuchamos con frecuencia en Córdoba y en la región es:

- El padre se asume **emocionalmente vinculado**, pero su aporte principal sigue narrándose como “garantizar que no falte nada”. La responsabilidad paterna se conceptualiza sobre todo como provisión económica (“que tenga comida, que tenga

salud, que estudie”), más que como sostén diario de la regulación emocional en la rabieta de las 10 pm o en la hora de comer (Diniz et al., 2021).

- La **accesibilidad** del padre está mediada por las jornadas laborales y por el mandato cultural del proveedor. Muchos padres describen su presencia como tiempo de juego, llamadas por videollamada o “salir al parque cuando puedo”, pero no como estar en las rutinas agotadoras: baño nocturno, preparar la comida, calmar llanto prolongado, lidiar con fiebre a las 3 am. Esa diferencia entre acompañamiento recreativo y corresponsabilidad regulatoria/emocional es clave. (Diniz et al., 2021; Cook et al., 2024).
- Los hombres reportan barreras estructurales para participar más: ausencia de licencias laborales reales, ausencia de legitimación institucional (“a las citas de crecimiento siempre llaman a la mamá”), y falta de espacios formativos dirigidos a ellos, en su lenguaje, sin juicio (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

Es decir: la paternidad en Córdoba no es simplemente ausencia. Es una paternidad que quiere estar, que busca reconocimiento emocional, pero que todavía está atrapada en un modelo donde “estar” no incluye asumir la carga emocional y doméstica cotidiana de la regulación infantil. Eso significa que la corresponsabilidad aún no es estructural; sigue siendo episódica.

Para el departamento esto es estratégico. Incluir al padre en la crianza no es marketing afectivo. Es alivio directo de la sobrecarga emocional y física que hoy sostienen madres y abuelas, y por tanto una forma de prevención de agotamiento, violencia y ruptura del vínculo cuidador-niño. (Moya et al., 2024; Kotsis et al., 2023).

4.5. Córdoba en transición demográfica: menos nacimientos, más urgencia de cuidar bien

Colombia vive una transformación demográfica acelerada. En 2024 el país registró por primera vez menos de 500.000 nacimientos anuales: alrededor de 445.000 nacidos vivos, lo que representa una caída cercana al 30 % frente a 2015. La tasa global de fecundidad cayó a niveles históricamente bajos, estimada alrededor de 1,1 hijos por mujer en 2024–2025, muy por debajo del nivel de reemplazo poblacional (2,1 hijos por mujer). Esta tendencia está acompañada por una disminución histórica de la maternidad adolescente y un retraso sostenido en la edad al primer hijo (DANE, 2024; DANE, 2025; CEPAL, 2024).

Las razones que las propias mujeres y parejas jóvenes reportan —en Córdoba y en el país— son explícitas: precariedad económica, costo emocional de criar sin apoyo, dificultad para conciliar trabajo y maternidad/paternidad, miedo a “criar sola”, falta de redes de apoyo confiables, ausencia de políticas de cuidado, y percepción de que el Estado no acompaña de forma real las etapas más demandantes de la crianza (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

Esta caída en la natalidad tiene dos lecturas urgentes para Córdoba:

1. **Cada niño y cada niña importa más.** En un escenario de nacimientos históricamente bajos y envejecimiento poblacional acelerado, cada niña y cada niño representa

capital humano crítico para el futuro económico y social del territorio. Su desarrollo neurocognitivo, su autorregulación emocional y su salud mental temprana dejan de ser “asunto privado de la familia” y se convierten en una prioridad de sostenibilidad territorial. Si ese niño no accede a seguridad alimentaria, cuidado sensible y acompañamiento regulatorio, el costo futuro no es solo individual: es social. (CEPAL, 2024; DANE, 2025).

2. **Las familias no aceptan (ni aceptarán) criar solas bajo el modelo viejo.** Las nuevas generaciones de mujeres —y de hombres jóvenes— están diciendo con su comportamiento demográfico algo políticamente fuerte: “No vamos a asumir una crianza que nos quiebra física, emocional y económicamente sin apoyo”. Esta decisión colectiva de retrasar o evitar la maternidad/paternidad es también una respuesta a la ausencia de un sistema de cuidado corresponsable y protegido institucionalmente (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

Traducido al lenguaje de política pública: si Córdoba quiere futuro, tiene que cuidar a quienes cuidan hoy. No hay reemplazo automático de cuidadores; no vendrá “otra generación infinita de abuelas” a sostener gratis la primera infancia.

4.6. Orientaciones para Córdoba: del sacrificio silencioso al sistema de cuidado

1. Definir el cuidado temprano como política de neurodesarrollo y salud mental infantil.

Los datos son claros: el adulto que calma, alimenta y regula emocionalmente está literalmente moldeando la arquitectura cerebral del niño o la niña. Esa tarea no puede seguir tratándose como un asunto privado femenino. Córdoba debe declarar explícitamente que apoyar a las familias cuidadoras de primera infancia (nutricional, emocional y técnicamente) es una intervención de desarrollo infantil temprano y de salud mental pública, no solo un “programa social”. (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; Cook et al., 2024).

2. Institucionalizar acompañamiento parental especializado y continuo.

La BPSSES mostró una mayoría de cuidadores con alta autoeficacia (“sé que puedo influir positivamente en mi hijo”), pero también un grupo agotado que siente que haga lo que haga nada cambia. Esa fatiga es un punto crítico de riesgo para la salud mental familiar y para el surgimiento de prácticas de crianza coercitivas. Córdoba necesita un programa estable —no un taller aislado— de acompañamiento a cuidadores, que combine:

- formación en crianza sensible y regulación emocional;
- orientación en manejo de conducta sin violencia;
- apoyo psicosocial breve para reducir el agotamiento emocional del cuidador;
- herramientas prácticas adecuadas culturalmente (mensajes de texto, visitas comunitarias, grupos de apoyo). Esto coincide con la evidencia regional reciente: cuando se apoya emocionalmente al cuidador, mejora la calidad del vínculo y bajan los indicadores de estrés tóxico infantil (Moya et al., 2024; Kotsis et al., 2023).

3. Reconocer y sostener a las abuelas-cuidadoras y a las mujeres cuidadoras sin empleo formal.

Nuestros datos muestran que una proporción relevante del cuidado recae en mujeres adultas y adultas mayores, muchas de ellas fuera del empleo formal, que asumen alimentación, regulación emocional y trámites institucionales. Estas mujeres están sosteniendo el capital emocional del departamento a costa de su propio bienestar. Córdoba debe crear mecanismos de alivio concreto para estas cuidadoras: respiro en el cuidado, acompañamiento psicosocial comunitario, prioridad en transferencias alimentarias para hogares donde una abuela cuida nietos pequeños, y acceso preferente a servicios de apoyo en primera infancia.

4. Incluir de forma real —no simbólica— a los padres.

El análisis de paternidad revela deseo de vínculo, pero también barreras estructurales para una corresponsabilidad diaria real. Córdoba necesita diseñar e institucionalizar rutas de acompañamiento dirigidas explícitamente a padres: licencias, horarios flexibles para controles de desarrollo infantil temprano, espacios de formación en crianza sensible escritos y narrados también en código masculino local (sin juicio moralizante). No se trata de “invitar al papá a la foto familiar”; se trata de redistribuir la regulación emocional cotidiana de los niños. (Diniz et al., 2021; CEPAL, 2024).

5. Alinear política de seguridad alimentaria con política de salud mental del hogar.

En capítulos anteriores mostramos que la inseguridad alimentaria en Córdoba no es solo falta de comida, es angustia diaria por la comida. Esa angustia agota emocionalmente al cuidador y erosiona su capacidad de co-regular al niño. Cualquier estrategia departamental de primera infancia debe articular explícitamente seguridad alimentaria infantil (diversidad nutricional, acceso estable a proteína y micronutrientes críticos) con acompañamiento emocional al cuidador. Comer bien y comer sin miedo son condiciones de neurodesarrollo. (Casey & Winsler, 2025; Jaramillo, 2024).

6. Asumir el viraje demográfico como un mandato de rediseño institucional.

La caída histórica de nacimientos en Colombia y la tasa global de fecundidad en torno a 1,1 hijos por mujer significan que ya no es viable un modelo donde la sociedad descansa sobre el sacrificio silencioso de mujeres que cuidan sin apoyo. Los sistemas integrales de cuidado que hoy promueve la CEPAL en América Latina —entendidos como arreglos públicos intersectoriales que distribuyen tiempo, trabajo y recursos de cuidado— no son un lujo conceptual, son un requisito de sostenibilidad social y económica (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

Para Córdoba, eso se traduce en una agenda clara: el cuidado de la primera infancia debe ser reconocido, financiado y protegido como infraestructura social del departamento.

CAPÍTULO 5

“LO ESTAMOS VIENDO”: SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO INFANTIL COMO ESTRATEGIA PÚBLICA DE PROTECCIÓN EN CÓRDOBA

5.1. Por qué el seguimiento del neurodesarrollo es un asunto estructural (no un favor a la familia)

Cuando hablamos de **neurodesarrollo**, no estamos hablando únicamente de si un niño gatea a los 9 meses o si pronuncia palabras a los 2 años. Neurodesarrollo se refiere al proceso mediante el cual el sistema nervioso central y periférico del niño —cerebro, vías sensoriales, circuitos motores, redes de regulación emocional y sistemas de interacción social— se organizan y afinan desde la gestación hasta la primera infancia, a través de la experiencia diaria con su entorno humano (Center on the Developing Child, 2023; WHO, UNICEF, & World Bank, 2023).

Ese proceso no es pasivo ni está predeterminado. Está guiado por la **neuroplasticidad**, es decir, la capacidad del cerebro en desarrollo para formar, reforzar, reorganizar o podar conexiones sinápticas en respuesta a la experiencia. La neuroplasticidad es altísima en los primeros años de vida, especialmente entre 0 y 5 años, y alcanza niveles que nunca vuelven a repetirse con esa misma intensidad en etapas posteriores de la vida (Harvard Center on the Developing Child, 2023; McCoy et al., 2023).

Dentro de esa neuroplasticidad existen **ventanas críticas** o **ventanas sensibles**. Son periodos del neurodesarrollo en los que ciertos circuitos —por ejemplo, los que soportan el lenguaje, la regulación emocional, el control motor, la atención compartida, la respuesta al estrés— son especialmente modificables por la experiencia y el entorno. Durante esas ventanas críticas, una experiencia protectora y sensible (por ejemplo, un adulto que calma y nombra la emoción, una alimentación rica en micronutrientes y proteínas adecuadas, interacción verbal cotidiana, juego corporal seguro) fortalece rutas neuronales que sostienen autorregulación, lenguaje y seguridad emocional futura. Durante esas mismas ventanas, la ausencia de sostén o la exposición crónica a estrés no acompañado también puede moldear el cerebro, pero en dirección a la hipervigilancia, la irritabilidad crónica, la impulsividad defensiva o la inhibición emocional extrema (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Por eso el acompañamiento temprano importa: no estamos “corrigiendo” comportamientos, estamos literalmente modulando circuitos neuronales en tiempo real.

Esto nos lleva a un punto político y ético clave para Córdoba: cuando el departamento decide hacer **seguimiento del neurodesarrollo**, está asumiendo que el bienestar cerebral, emocional y relacional de niñas y niños menores de seis años es responsabilidad social compartida, no una carga privada que recae en una mujer agotada dentro del hogar. Está diciendo: “vamos a proteger las ventanas críticas de neurodesarrollo de nuestra infancia porque ahí se define el pronóstico de regulación emocional, aprendizaje, salud mental y convivencia futura del territorio” (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; McCoy et al., 2023).

5.2. ¿Qué significa hacer seguimiento del neurodesarrollo? (más allá de “ver si camina o si habla”)

El **neurodesarrollo** es el proceso mediante el cual el cerebro en crecimiento organiza, integra y especializa funciones motoras, sensoriales, comunicativas, emocionales y sociales en interacción con su entorno humano. Ese proceso ocurre bajo condiciones de **neuroplasticidad** muy alta en los primeros cinco años de vida: las conexiones sinápticas se forman, se refuerzan o se podan según la experiencia cotidiana del niño o la niña (Harvard Center on the Developing Child, 2023; McCoy et al., 2023). Universidad Pontifici

Dentro de esa neuroplasticidad existen **ventanas críticas** (o ventanas sensibles): periodos tempranos en los que ciertas redes —lenguaje, regulación emocional, atención compartida, motricidad gruesa y fina, habilidades socioemocionales básicas— son extraordinariamente moldeables. Lo que el niño recibe (sostén emocional, interacción verbal, juego motor libre y seguro, alimentación suficiente y diversa) literalmente modifica la arquitectura funcional del cerebro. Y lo contrario también es cierto: ausencia de sostén emocional estable, sueño fragmentado crónico, inseguridad alimentaria sostenida y estrés tóxico sin acompañamiento adulto pueden consolidar patrones de hiperreactividad emocional, impulsividad defensiva, bajo control inhibitorio y retrasos comunicativos que luego cuestan mucho más reparar (Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Cuando hablamos de **seguimiento del neurodesarrollo** en Córdoba, no estamos diciendo “pasar una prueba y ya”. Estamos diciendo: observar de manera continua cómo avanza cada niña y cada niño en dominios motores, comunicativos, socioemocionales y de autorregulación; documentar esas observaciones; compartirlas entre familia, educación inicial y salud; e intervenir temprano —dentro de la ventana crítica— para mejorar el pronóstico del niño. Ese punto es clave: el objetivo no es etiquetar. El objetivo es **mejorar pronóstico**. Es decir, actuar a tiempo para que el niño logre mayor regulación emocional, mejor lenguaje, mejor interacción social y, con eso, mayor bienestar futuro (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023; McCoy et al., 2023).

En INFANTIA Córdoba se aplicó la Escala Abreviada de Desarrollo (EAD-3) a niños y niñas de 0 a 5 años en varios municipios. Aunque en este momento del manuscrito no consolidamos las cifras finales, el hecho mismo de haber tamizado neurodesarrollo en primera infancia, niño por niño, ya es un avance político: el territorio asumió que el neurodesarrollo no es un asunto privado, sino un objeto de observación comunitaria y pública.

Pero —y aquí viene el ajuste que vamos a dejar explícito en el libro— la EAD-3 no es la única vía técnica que Córdoba puede (y debe) usar.

Córdoba necesita reconocerse como territorio capaz de usar y combinar distintos instrumentos validados que leen el neurodesarrollo infantil temprano de manera culturalmente pertinente. Entre esos instrumentos está el **ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaire, Third Edition)**.

5.3. EAD-3 y ASQ-3: dos puertas complementarias para leer el neurodesarrollo en Córdoba

La EAD-3

La **Escala Abreviada de Desarrollo (EAD-3)** es el tamizaje oficial incorporado en la Ruta Integral de Atención en Salud para la Primera Infancia en Colombia. Evalúa cuatro dominios neurofuncionales:

- Motricidad gruesa
- Motricidad fino-adaptativa
- Audición y lenguaje
- Personal-social

y clasifica cada dominio en verde (neurodesarrollo esperado), amarillo (riesgo), o rojo (sospecha de alteración que requiere valoración especializada) (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).

Esa lógica de colores es muy útil para decisiones de salud pública porque permite priorizar: un niño “amarillo” en lenguaje no debe esperar a volverse “rojo” para recibir acompañamiento. Amarillo significa: “estamos a tiempo, la ventana crítica para lenguaje sigue abierta, podemos mejorar el pronóstico si acompañamos a la familia en estimulación verbal sensible ahora, no después”.

La EAD-3 tiene además una ventaja de gobernanza: es reconocida por el sistema de salud, lo que le da estatus administrativo. Eso ayuda a que, cuando un CDI o un docente percibe alerta, pueda empatar esa alerta con la herramienta que usa el centro de salud y pedir ruta clara.

Pero tiene una limitación práctica en territorio: su aplicación y su interpretación suelen quedar bajo responsabilidad exclusiva del sector salud. Eso hace que educación inicial y familia queden, muchas veces, “mirando desde afuera”, aun cuando son quienes observan todos los días la conducta real del niño o la niña.

El ASQ-3

El **ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaire, 3.^a edición)** es otra herramienta de tamizaje del neurodesarrollo ampliamente utilizada a nivel internacional y recomendada en contextos de primera infancia por su sencillez, rapidez y costo-efectividad. Su estructura es diferente: el ASQ-3 se responde a partir de observaciones del cuidador principal (madre, padre, abuela u otro cuidador cotidiano) y cubre áreas como comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y habilidades socioindividuales / personales. Cada módulo corresponde a rangos de edad específicos entre 1 y 66 meses y está diseñado para ser contestado en aproximadamente 10 a 12 minutos (Romero Otálvaro, Grañana, Gaeto, & cols., 2018).

¿Por qué esto importa para Córdoba?

1. **El ASQ-3 reconoce al cuidador como observador experto.**
A diferencia de muchas escalas clínicas que dependen solo del examinador profesional, el ASQ-3 parte de la evidencia (muy consistente en neuropsicología infantil) de que quien cuida todos los días al niño tiene acceso privilegiado a conductas que no siempre se ven en consulta breve. Eso baja barreras de acceso y democratiza la detección de riesgo en ventanas críticas del neurodesarrollo (Romero Otálvaro et al., 2018).
2. **Fue adaptado y validado para población latinoamericana, incluyendo población colombiana.**
El trabajo liderado por la Dra. **Ana María Romero Otálvaro** y colaboradores realizó procesos de adaptación cultural y validación psicométrica del ASQ-3 en población hispanohablante, generando puntos de corte locales y demostrando sensibilidad (88 %) y especificidad (94 %) adecuadas para detectar riesgo de alteraciones del neurodesarrollo en la práctica clínica cotidiana, en escenarios públicos y de alta demanda. Esto permitió identificar cerca del 20 % de los niños en riesgo de alteraciones del neurodesarrollo en una muestra local, en tiempos de administración cortos y con entrenamiento mínimo del equipo (Romero Otálvaro et al., 2018). Este trabajo se articula con esfuerzos recientes de caracterización neuropsicológica infantil en Colombia, donde se plantea que herramientas breves, culturalmente adaptadas y aplicables por equipos no especializados son críticas para reducir brechas territoriales en la detección temprana del riesgo neurodesarrollativo (Romero-Otálvaro et al., 2022).
3. **Le da un rol activo a educación inicial y comunidad.**
Porque el ASQ-3 puede ser administrado en escenarios educativos y comunitarios (CDI, atención inicial) por personal formado, y discutido con la familia sin medicalizarlo de inmediato. Eso es exactamente lo que Córdoba necesita: herramientas que permitan a educación inicial decir “estamos viendo alerta temprana en comunicación / regulación / motricidad fina” y activar acompañamiento antes de que el niño llegue a rojo, siempre dentro de la ventana crítica de neuroplasticidad.
4. **Se alinea con la idea de pronóstico modificable.**
Tanto la EAD-3 como el ASQ-3 son tamizajes, no sentencias. Su función es avisar a tiempo que hay una red neuronal (lenguaje, regulación emocional, planeación motora fina) que necesita apoyo ahora para mejorar el pronóstico. Esto es profundamente distinto a lo que históricamente ha ocurrido en muchos territorios: esperar a que “el problema sea evidente” para recién derivar. Para neurodesarrollo esa espera es perder plasticidad.

5.4. ¿Qué significa esto como recomendación concreta para Córdoba?

Con esta mirada más amplia, la orientación ya no es “apliquemos la EAD-3 y listo”. La orientación, como debe quedar escrita en el libro, es:

1. **Córdoba debe consolidar un sistema territorial de seguimiento del neurodesarrollo que utilice más de una herramienta válida, complementaria y culturalmente pertinente (EAD-3, ASQ-3), y no dependa de un único punto de control.**
 - La EAD-3 aporta alineación con salud pública, clasificación en colores y ruta formal en el sistema de salud colombiano.
 - El ASQ-3 aporta voz del cuidador, aplicabilidad comunitaria y educativa, rapidez y sensibilidad para captar riesgo funcional real en la vida diaria del niño.
2. **El seguimiento no se limita al resultado numérico; termina en acompañamiento.** Tanto con EAD-3 como con ASQ-3, el paso siguiente debe ser acompañar al cuidador en prácticas de co-regulación emocional, lenguaje sensible, juego motor seguro, sueño estructurado y alimentación diversa posible según contexto alimentario local. Eso es lo que mejora el pronóstico, porque interviene dentro de la ventana crítica de neuroplasticidad (Cook et al., 2024; Casey & Winsler, 2025).
3. **El sistema debe asumir que el bienestar emocional del cuidador condiciona el neurodesarrollo del niño.** Como mostramos con la Escala Breve de Autoeficacia Parental (BPSES), en Córdoba existe una mayoría de cuidadores que se sienten capaces de influir positivamente en sus hijos, pero también una franja que se declara exhausta y sin herramientas (“no importa lo que haga, él va a seguir difícil”). Esa fatiga rompe la co-regulación justo cuando el cerebro del niño está más plástico y más dependiente de esa co-regulación para organizar su autorregulación futura (Moya et al., 2024; González et al., 2024). Por eso el seguimiento del neurodesarrollo debe incluir apoyo psicosocial breve y formación parental, no solo referir al niño.
4. **Incluir a los padres desde el inicio deja de ser opcional.** Estudios cualitativos recientes en el Caribe colombiano muestran que muchos padres expresan deseo de vínculo y reconocimiento emocional con sus hijos, pero siguen excluidos de las rutas formales de crianza y de acompañamiento (Diniz et al., 2021)

Incluirles sistemáticamente en la aplicación, explicación y seguimiento de herramientas como el ASQ-3 y la EAD-3 amplía la red de co-regulación disponible para el niño, distribuye la carga emocional sobre más de un adulto y protege mejor las ventanas críticas del neurodesarrollo.

5.5. El papel de la co-regulación emocional en el pronóstico neurodesarrollativo

La primera capacidad autorregulatoria del niño —dormir, calmarse después de llorar, tolerar una frustración pequeña, esperar turno— no nace madura. Se construye usando el sistema nervioso del adulto como andamiaje externo. A eso lo llamamos **co-regulación**: el adulto

presta calma, organiza el estímulo, nombra la emoción, y baja el estado fisiológico del niño (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024).

En neurobiología esto significa lo siguiente: cada vez que una madre, abuela o padre sostiene emocionalmente a un niño desbordado (“yo te ayudo a bajar, respira conmigo, estoy aquí”), está entrenando la corteza prefrontal del niño para modular la respuesta límbica (rabia, miedo, llanto explosivo). Está fortaleciendo las conexiones entre regiones regulatorias frontales y las áreas emocionales profundas. Eso es neurodesarrollo socioemocional.

Lo contrario también es cierto. Cuando el adulto está emocionalmente exhausto, ansioso por la comida, privado de sueño, o sin red de apoyo, esa co-regulación se rompe. El niño queda en hiperactivación sostenida, pega, grita, vomita del llanto, se golpea. Ese patrón repetido de desregulación severa, sin acompañamiento sensible suficiente, se convierte en un circuito funcional de respuesta al estrés. Si eso se instala durante una ventana crítica, el pronóstico a futuro es más irritabilidad basal, más impulsividad, más riesgo de problemas emocionales y conductuales en edad escolar (Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Traducción para política pública: el pronóstico de regulación emocional de un niño cordobés a los 7 años se está jugando hoy, a los 2 o 3 años, en la calidad de la co-regulación cotidiana que puede ofrecer su cuidador principal. Eso no es moral, es neurofisiología.

5.6. Lo que ya están viendo las familias cordobesas

Aunque en este documento no estamos presentando aún las tablas brutas de resultados de la EAD-3 en Córdoba (necesitaríamos las salidas numéricas finales), sí contamos con las verbalizaciones de las familias y cuidadoras que participaron en INFANTIA Córdoba. Y esas verbalizaciones, leídas con lentes de neurodesarrollo, ya son un mapa de riesgo y de oportunidad en las ventanas críticas:

Lenguaje y comunicación: “no me habla todavía”, “solo me señala”, “si necesita algo, grita”.

Para la cuidadora, esto es alarma afectiva. Para la neurociencia del neurodesarrollo, esto describe inmadurez o rezago en redes de comunicación intencional, contacto visual conjunto, turnos comunicativos y acceso a modelado de lenguaje adulto. Esto es ventana crítica puro: el circuito de lenguaje temprano y comunicación social es extraordinariamente plástico entre 12 y 36 meses; una intervención aquí (hablar mientras se viste, nombrar emociones, turnarse con sonidos/juegos vocales) cambia el pronóstico a mediano plazo (Harvard Center on the Developing Child, 2023; WHO, UNICEF, & World Bank, 2023).

Regulación emocional y conducta: “hace pataleta todo el día”, “se pega a sí mismo”, “llora hasta vomitar”, “no se calma sino conmigo”.

Estas descripciones que en lo cotidiano se nombran como “mala conducta” corresponden en términos neuropsicológicos a episodios de desregulación autonómica intensa sin mecanismos internos de autorregulación disponibles todavía. Eso no es maldad, es inmadurez neuroregulatoria. El punto crítico es que cuando la cuidadora dice “no puedo más”, estamos oyendo la ruptura de la co-regulación. Esa ruptura sostenida, en ventana crítica, puede

consolidar circuitos de hiperreactividad emocional que luego son más difíciles de modular en ambiente escolar (Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Sueño y alimentación: “no duerme si no está encima mío”, “solo come arroz y jugo”, “si no le pongo el celular no come”.

Sueño y alimentación son reguladores fisiológicos de base. Sueño fragmentado crónico y dieta pobre en diversidad nutricional (baja proteína, bajo hierro, alta azúcar simple) elevan irritabilidad, reducen tolerancia a la frustración y empeoran el tono basal. Estás viendo neurodesarrollo metabólico y emocional al mismo tiempo: cerebro que intenta funcionar con combustible inestable (Casey & Winsler, 2025). Cuando Córdoba escucha esto, lo que está oyendo es “este niño pasa la ventana crítica en modo cansancio e irritabilidad”. Eso afecta aprendizaje posterior, atención sostenida y regulación socioemocional.

En resumen: las familias ya están detectando alteraciones tempranas del neurodesarrollo. Están identificando ventanas críticas comprometidas (lenguaje, autorregulación emocional, autorregulación fisiológica). Eso es seguimiento. Lo que falta es sistema.

5.7. Quién está haciendo el seguimiento del neurodesarrollo hoy (aunque nadie lo llame así)

En la práctica diaria del departamento de Córdoba, el neurodesarrollo se vigila —aunque no siempre se registre formalmente— en tres espacios:

1. **El hogar.**
Madres, abuelas y, en menor medida, padres notan cambios en el tono emocional, en el sueño, en el lenguaje, en la interacción. Dicen “algo no está bien”. Este es un insumo clínico y educativo valiosísimo. Lo grave es que muchas veces la respuesta institucional es “eso es normal, espere”, o peor, culpa (“es que usted lo consiente mucho”). Ese tipo de respuesta no solo deslegitima la percepción de la cuidadora; además retrasa intervención dentro de la ventana crítica, empeorando el pronóstico.
2. **Los entornos de educación inicial / CDI.**
Docentes y agentes educativas observan juego simbólico, tolerancia a la espera, contacto visual, interacción con pares, intentos de comunicación, búsqueda de consuelo. En otras palabras: observan el neurodesarrollo social y emocional en vivo. Problema: no siempre tienen una ruta clara para elevar esa observación a salud sin que parezca “denuncia”. Educación inicial ve primero, pero el sistema no siempre le da poder de activar acompañamiento integrado (McCoy et al., 2023).
3. **Salud (crecimiento y desarrollo).**
El control de crecimiento y desarrollo en el sistema de salud colombiano incluye la aplicación de escalas como la EAD-3. Eso es valioso. Pero en la práctica, la consulta suele priorizar peso-talla, vacunación y orientación general. La lectura socioemocional (¿cómo regula?, ¿cómo duerme?, ¿cómo comen?, ¿cómo están los

cuidadores?) entra menos, principalmente por presión asistencial y diseño biomédico de la consulta (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022). Resultado: salud tiene la herramienta técnica formal, pero le llega tarde la alarma emocional que ya tenían la abuela y la maestra.

Ese desajuste —cuidado familiar ve primero, educación inicial ve con más detalle, salud tiene la herramienta formal— hoy significa que Córdoba está perdiendo tiempo dentro de las ventanas críticas de neurodesarrollo. Y perder tiempo en una ventana crítica significa perder pronóstico potencial.

5.8. Por qué Córdoba no puede aplazar esto

1. Porque la neuroplasticidad tiene reloj.

La plasticidad cerebral es máxima en los primeros años. Lo que no se acompaña a los 2–3 años es más costoso y menos reversible a los 7–8 años (Center on the Developing Child, 2023; McCoy et al., 2023). Decidir “ver después” es, en términos técnicos, decidir aceptar un peor pronóstico.

2. Porque el estrés tóxico es prevenible.

El estrés tóxico —exposición sostenida a adversidad intensa sin apoyo regulador consistente— altera la arquitectura cerebral en formación y se asocia con riesgo de ansiedad, agresividad reactiva, retraimiento extremo y dificultades de aprendizaje posteriores (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Moya et al., 2024). Esto no es una condena inevitable. Es prevenible si apoyamos a la persona cuidadora en el momento en que dice “yo ya no puedo calmarlo”. Eso mejora el pronóstico neuroemocional del niño.

3. Porque nacen menos niñas y niños.

Como vimos en el capítulo anterior, Colombia está en mínimos históricos de natalidad, con tasas globales de fecundidad cercanas a 1,1 hijos por mujer en 2024–2025, muy por debajo del reemplazo poblacional (DANE, 2024; CEPAL, 2024). Cada niña y niño representa ahora capital humano crítico para el futuro social y económico del departamento. Apostarle a su neurodesarrollo temprano —a su regulación emocional, a su lenguaje, a su capacidad de interactuar sin violencia— ya no es “programa social”; es supervivencia territorial.

CAPÍTULO 6

HACIA UN SISTEMA TERRITORIAL DE CUIDADO Y NEURODESARROLLO EN CÓRDOBA: HOJA DE RUTA PARA UN FUTURO SOSTENIBLE

6.1. Punto de partida: ya no es posible seguir cuidando como antes

Después de seis capítulos, hay una conclusión que Córdoba no puede evitar: el modelo actual de cuidado infantil temprano en el departamento —sostenido casi exclusivamente por mujeres, atravesado por inseguridad alimentaria, sin acompañamiento emocional suficiente y con participación paterna todavía no estructurada— no es sostenible como base de futuro social.

No es sostenible por razones humanas (agotamiento de las cuidadoras), por razones neurobiológicas (ventanas críticas del neurodesarrollo que se están jugando en condiciones de estrés tóxico), ni por razones demográficas (Colombia atraviesa mínimos históricos de natalidad, lo que significa que cada niño y cada niña representan un activo social estratégico a largo plazo). (DANE, 2024; CEPAL, 2024).

Si Córdoba quiere asegurar bienestar emocional, cognitivo y social en su población infantil, y con ello la estabilidad comunitaria y productiva a 10–20 años, ya no basta con “apoyar a las familias”. Lo que se requiere es un **sistema territorial de cuidado y neurodesarrollo**: un arreglo público, intersectorial, continuo y medible que proteja las ventanas críticas de neurodesarrollo entre 0 y 5 años y mejore el pronóstico de cada niño y niña, donde nazca y con quien viva.

Este capítulo define esa hoja de ruta.

6.2. ¿Qué entendemos por sistema territorial de cuidado y neurodesarrollo?

No hablamos de un programa aislado. Hablamos de una arquitectura.

Un **sistema territorial de cuidado y neurodesarrollo** es el conjunto coordinado de acciones, actores, instrumentos y rutas que:

1. Garantizan condiciones mínimas materiales para la protección del neurodesarrollo temprano (alimentación suficiente y estable, sueño, salud básica, entornos seguros).
2. Sostienen emocionalmente a quien cuida, entendiendo que la regulación emocional del adulto es el andamiaje biológico de la autorregulación del niño en ventana crítica. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).
3. Hacen seguimiento activo del neurodesarrollo —lenguaje, regulación emocional, interacción social, motricidad— usando herramientas técnicas validadas (EAD-3, ASQ-3) y actuando temprano para mejorar el pronóstico. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022; Romero Otálvaro et al., 2018).

4. Distribuyen la carga de cuidado: del cuerpo de una mujer agotada al cuerpo social del departamento, reconociendo también a padres y abuelas como agentes corresponsables legítimos. (CEPAL, 2024; Diniz et al., 2021).

Este sistema no es retórico. Tiene que ser operable. Y operable significa con rutas claras, responsables definidos, instrumentos medibles, puntos de entrada accesibles y revisión continua.

Córdoba ya tiene insumos. Tiene salud pública que aplica tamizaje del desarrollo (EAD-3). Tiene educación inicial que observa todos los días la regulación emocional y el lenguaje real del niño. Tiene familias que verbalizan lo que ven. Tiene cuidadoras con percepción de autoeficacia alta (“yo puedo hacer diferencia”), pero con fatiga emocional creciente.

El paso siguiente es articular todo eso en una ruta departamental.

6.3. Pilar 1. Alimentación estable y segura como neuroprotección

Qué sabemos ya

- Los análisis multivariados de ELCSA en INFANTIA Córdoba mostraron que la inseguridad alimentaria severa —niños que sintieron hambre y no comieron, o comieron solo una vez en el día— se concentra donde hay más precariedad laboral, menor escolaridad, jefatura femenina y pertenencia étnica.
- Esa inseguridad alimentaria no es “falta de comida aislada”. Es estrés tóxico infantil: llanto prolongado, sueño interrumpido, irritabilidad basal. Eso, en ventana crítica de neurodesarrollo, deja huella estructural en las redes límbicas y prefrontales que regulan la respuesta emocional y la impulsividad. (Casey & Winsler, 2025; Moya et al., 2024).

Qué se debe hacer

1. **Tratar la seguridad alimentaria infantil como política neuroprotectora, no solo como programa nutricional.**
Esto implica que todo plan alimentario departamental para primera infancia deba declararse explícitamente como “protección de neurodesarrollo temprano”, con metas no solo de entrega de raciones sino de estabilidad percibida (“el niño no se acostó con hambre”). Eso cambia la urgencia con la que se atiende.
2. **Focalización inteligente y ética.**
El análisis multivariado ya identificó los perfiles de mayor riesgo. Es ahí donde el departamento debe priorizar transferencia alimentaria, acompañamiento y seguimiento: hogares encabezados por mujeres sin empleo formal, hogares con pertenencia étnica, hogares donde la abuela está criando nietos menores de 6 años. Esa focalización no es asistencialismo. Es protección directa de una ventana crítica de neurodesarrollo.

- 3. Acompañamiento relacional, no solo entrega de comida.**
En hogares donde se identifica inseguridad alimentaria severa, la intervención debe incluir acompañamiento emocional al cuidador y pautas de alimentación sensible (cómo ofrecer sin presión violenta, cómo sostener al niño que rechaza alimento porque está en modo de estrés elevado, cómo organizar rutinas predecibles de comida y sueño). (Casey & Winsler, 2025).

Esto evita que la hora de comer se convierta en escenario de conflicto crónico que erosiona el vínculo y aumenta la desregulación.

6.4. Pilar 2. Acompañamiento parental continuo como estrategia de pronóstico neurobiológico

Qué sabemos ya

- La Escala Breve de Autoeficacia Parental (BPSES) mostró que la mayoría de cuidadores en Córdoba se reconocen como agentes capaces (“yo puedo marcar diferencia en mi hijo/a”). Eso es una fortaleza cultural enorme.
- Pero también identificó una franja crítica de cuidadores en agotamiento emocional: “no importa lo que haga, seguiré difícil”, “estoy demasiado cansada para hacer lo que sé que debería hacer”. Esa fatiga coincide con jefatura femenina, precariedad laboral y soledad en la crianza.
- Sabemos por evidencia en Colombia y América Latina que ese agotamiento está asociado a mayor probabilidad de recurrir a gritos, castigo físico o desconexión emocional, especialmente bajo inseguridad alimentaria y estrés económico. (Moya et al., 2024; González et al., 2024).
- También sabemos que cuando la persona adulta no puede co-regular, el niño queda solo frente a su propia desregulación. Y cuando eso ocurre repetidamente en ventana crítica (0–5 años), el circuito emocional del niño se organiza alrededor de la hipervigilancia, la impulsividad defensiva o el retraimiento extremo. Eso empeora el pronóstico de autorregulación socioemocional futura. (Cook et al., 2024).

Qué se debe hacer

- 1. Córdoba necesita un programa estable de acompañamiento parental especializado.**

No “un taller al año”, sino un dispositivo permanente que ofrezca, en lenguaje claro y sin juicio:

- Estrategias de co-regulación emocional sin violencia.
- Manejo de rabietas intensas sin castigo físico.
- Organización del sueño para bajar irritabilidad basal.

- Técnicas de alimentación sensible cuando hay presión económica.
 - Estimulación de lenguaje en lo cotidiano (mientras se viste, mientras se baña, mientras se come).
 - Autocuidado emocional del cuidador (“cómo me descanso en 5 minutos sin sentir culpa”). Estas prácticas son las que modifican la arquitectura de regulación emocional del niño y mejoran su pronóstico. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024).
2. **Priorización: empezar por las cuidadoras en agotamiento crítico.** La BPSES nos da un criterio de entrada ético y eficiente: si una cuidadora dice “no puedo más”, esa cuidadora entra primero. No porque “esté fallando”, sino porque sabemos que su agotamiento, si no se atiende, rompe la co-regulación y deteriora el pronóstico neuroemocional del niño.
3. **Incluir explícitamente a los padres en ese acompañamiento.** La evidencia cualitativa del Caribe colombiano muestra padres que desean estar presentes afectivamente, pero que no han sido incluidos como corresponsables reales en la regulación emocional diaria, el sueño, la alimentación y la contención del llanto (Diniz et al., 2021).

Córdoba debe dejar de hablarle solo a la madre. El acompañamiento parental tiene que convocar también a los padres como co-reguladores válidos y necesarios del neurodesarrollo.

En términos de gobernanza: este pilar debe ser política departamental, no “buena práctica comunitaria”.

6.5. Pilar 3. Seguimiento intersectorial del neurodesarrollo: ver temprano, actuar temprano

Qué sabemos ya

- Córdoba ya evaluó neurodesarrollo de niños y niñas de 0–5 años con la EAD-3 (Escala Abreviada de Desarrollo). La EAD-3 clasifica cuatro dominios funcionales —motricidad gruesa, motricidad fino-adaptativa, audición-lenguaje y personal-social— en verde (esperado), amarillo (riesgo) o rojo (sospecha de alteración que requiere valoración especializada). (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).
- Córdoba cuenta además con la posibilidad técnica de usar el ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaire, 3.^a edición), un tamizaje que ha sido adaptado y validado en población hispanohablante y en población colombiana por la Dra. Ana María Romero Otálvaro y colaboradores, demostrando buena sensibilidad y especificidad para riesgo de alteraciones del neurodesarrollo en los primeros años. (Romero Otálvaro et al., 2018).

- El ASQ-3 tiene una ventaja estratégica: se basa en lo que ve el cuidador en casa (comunicación, motricidad, autorregulación social, solución de problemas cotidianos). Eso empodera a la familia y a la educación inicial.
- La EAD-3 tiene otra ventaja estratégica: es reconocida por el sistema de salud y permite activar rutas clínicas y de atención diferenciada. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).

Qué se debe hacer

1. Formalizar un circuito de tamizaje compartido EAD-3 + ASQ-3.

- Educación inicial / CDI aplica ASQ-3 con el cuidador, identifica alertas tempranas de comunicación, interacción social, regulación emocional.
- Salud aplica EAD-3, clasifica cada dominio (verde/amarillo/rojo) y prioriza niños y niñas en “amarillo”, no solo en “rojo”.
- Las dos lecturas se hablan entre sí. Esto rompe el divorcio actual entre “la maestra ve algo pero no tiene ruta” y “salud tiene ruta pero llega tarde”.

2. Tratar “amarillo” como puerta de entrada, no como “espere a ver”. “Amarillo” significa: esta red neuronal (lenguaje, autorregulación emocional, planeación motora fina) está en riesgo, pero la ventana crítica sigue abierta. Es el momento ideal para intervenir, mejorar el pronóstico y evitar que se consolide una trayectoria de mayor dificultad. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024). Córdoba debe diseñar paquetes de acompañamiento breve y culturalmente situado para cada tipo de “amarillo”:

- Amarillo en lenguaje → pautas de interacción verbal cotidiana, juego de turnos vocales, narración afectiva.
- Amarillo en regulación emocional / personal-social → co-regulación no violenta, rutinas de sueño predecibles, técnicas para bajar intensidad sin castigos físicos.
- Amarillo en motricidad fina → juego manual guiado, actividades de agarre/transporte adaptadas al entorno doméstico.

3. Evitar la culpabilización. Ni la EAD-3 ni el ASQ-3 son herramientas para “señalar a la madre”. Son instrumentos para acompañar. Córdoba debe dejarlo explícito en su lineamiento: cualquier retroalimentación al cuidador debe enmarcar lo siguiente —“esto no es culpa tuya, esto es neurodesarrollo, y aún estamos a tiempo de fortalecerlo juntos”—. (WHO, UNICEF, & World Bank, 2023).

Con esto, el seguimiento del neurodesarrollo deja de ser un acto clínico esporádico y se convierte en un sistema de protección de pronóstico, basado en neuroplasticidad y ventana crítica.

6.6. Pilar 4. Corresponsabilidad social del cuidado: del sacrificio privado a la infraestructura pública

Qué sabemos ya

- El 94,2 % de las personas que cuidan de forma principal a la primera infancia en Córdoba son mujeres. 67,1 % se definen como amas de casa. Solo 13,5 % reportan empleo formal.
- Las abuelas aparecen como cuidadoras primarias en la misma proporción (5,7 %) que los padres. Eso nos dice, sin rodeos, que la “red de apoyo” en Córdoba tiene rostro de mujer mayor.
- Los padres están presentes emocionalmente en muchos casos, pero no están aún institucionalmente incluidos como corresponsables de la regulación diaria (alimentación, sueño, contención de crisis emocionales), en parte por barreras laborales y en parte por cómo los servicios siguen convocando solo a “la mamá” (Diniz et al., 2021).
- La CEPAL, ONU Mujeres y la evidencia reciente en América Latina nombran esto de forma directa: el cuidado infantil temprano ya no puede sostenerse como sacrificio privado de las mujeres. Debe reconocerse como derecho social y como motor de sostenibilidad económica futura, especialmente en contextos de baja natalidad y envejecimiento poblacional. (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

Qué se debe hacer

- 1. Declarar el cuidado temprano como función estratégica del departamento.** Esto significa incorporarlo en la planeación social y económica, no como un anexo de bienestar familiar, sino como infraestructura crítica: sin cuidado sensible y sostenido en primera infancia no hay autorregulación emocional futura, no hay convivencia escolar saludable, no hay ciudadanía emocionalmente estable. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; McCoy et al., 2023).
- 2. Diseñar alivios concretos para cuidadoras y abuelas-cuidadoras.**
 - Espacios de respiro de cuidado (“alguien más sostiene al niño una tarde a la semana mientras la cuidadora descansa o hace trámite vital”).
 - Prioridad en las intervenciones de acompañamiento emocional y alimentación segura.
 - Acceso preferente a formación parental adaptada (en lenguaje claro, con herramientas prácticas, respetando su experiencia).

Esto no es “ayuda a la pobre abuela”. Es estabilización de la infraestructura emocional que sostiene la ventana crítica de neurodesarrollo del niño.

3. Institucionalizar la presencia de los padres.

- Citar explícitamente a los padres en las rutas de seguimiento del neurodesarrollo, no como asistentes opcionales sino como parte del plan (“esta semana vamos a practicar juntos cómo contener la rabieta sin gritar”).
- Ajustar horarios y modalidades (mensajes de texto, sesiones breves, acompañamiento en horarios no laborales) para que los padres realmente puedan estar. Esto reduce la carga emocional unipersonal sobre la madre/abuela y amplía la red de co-regulación del niño, mejorando su pronóstico de autorregulación emocional y social. (Diniz et al., 2021; Cook et al., 2024).

4. Anclar todo esto en la discusión demográfica.

Con menos nacimientos año a año, cada niña y cada niño de Córdoba es, sin exagerar, una apuesta de futuro colectivo. (DANE, 2024; CEPAL, 2024). Acompañar, alimentar y sostener emocionalmente a esa niñez temprana ya no es “un tema de mujeres”. Es una política de supervivencia territorial.

6.7. ¿Qué sigue? Una propuesta concreta para la Gobernación, la Universidad de Córdoba y los aliados intersectoriales

Para cerrar, dejamos una ruta inmediata, accionable y medible que surge de los hallazgos de INFANTIA Córdoba 2023–2024 y de la evidencia científica más reciente:

1. Mesa Intersectorial de Neurodesarrollo y Cuidado Temprano.

- Actores mínimos: Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, programas de primera infancia, Universidad de Córdoba (como ancla científica y formadora), organizaciones comunitarias de mujeres cuidadoras, y representantes de familias.
- Mandato: definir protocolo único de tamizaje compartido (EAD-3 + ASQ-3), de respuesta para casos “amarillo”, y de acompañamiento parental continuo.

2. Ruta Departamental de Acompañamiento Parental.

- Entradas:
 - Cuidadores que reportan agotamiento emocional (BPSES “no puedo más”).
 - Hogares con inseguridad alimentaria severa (ELCSA “el niño tuvo hambre y no comió”).
 - Niños/niñas con clasificación “amarillo” en lenguaje, regulación emocional o interacción social.
- Componentes:

- Estrategias de co-regulación emocional sin violencia.
- Organización del sueño y rutinas calmas.
- Alimentación sensible bajo escasez.
- Estimulación de lenguaje cotidiano.
- Inclusión explícita del padre como co-regulador.
- Respiro de cuidado para abuelas/cuidadoras principales.

3. Seguridad alimentaria infantil como política neuroprotectora prioritaria.

- Priorización de hogares de mayor riesgo multivariado (pobreza alimentaria severa + cuidadora sola + pertenencia étnica).
- Entrega acompañada de orientación emocional y regulación, no solo de ración.

4. Monitoreo público del neurodesarrollo como indicador de progreso social.

- Reportes departamentales anuales (de forma agregada, no individual) sobre:
 - Porcentaje de niños en verde/amarillo/rojo por dominio.
 - Porcentaje de cuidadores que reportan agotamiento crítico.
 - Porcentaje de hogares en inseguridad alimentaria severa con niños <6 años.
- Estos reportes deben asumirse como indicadores de desarrollo territorial, al mismo nivel que empleo o cobertura educativa.

5. Reconocimiento formal del cuidado como función estratégica.

- Declaración departamental que reconozca el cuidado infantil temprano como infraestructura social esencial, en línea con el marco latinoamericano emergente de “sociedad del cuidado”, que entiende el cuidado como un derecho social y un motor económico, no como un deber moral privado de las mujeres (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

6.8. Palabras finales

Este libro no está pidiendo favores. Está entregando evidencia.

Mostramos que el neurodesarrollo temprano —esa etapa en la que la neuroplasticidad es máxima y el pronóstico emocional, cognitivo y social del niño se define— está siendo sostenido hoy en Córdoba por mujeres jóvenes y mujeres mayores, en condiciones de cansancio, inseguridad alimentaria y corresponsabilidad incompleta.

Mostramos que las herramientas técnicas existen: EAD-3, ASQ-3, acompañamiento parental continuo, lectura de inseguridad alimentaria como estrés tóxico, incorporación del padre como co-regulador emocional.

Mostramos que hay una urgencia demográfica: nacen menos niños, y cada niño importa más para el futuro colectivo.

Y mostramos que Córdoba ya tiene la base humana y técnica para transformar esto en sistema.

Lo que hace falta ya no es evidencia. Es decisión.

CAPÍTULO 7

CUIDAR ES HACER FUTURO HOY: UNA CARTA PARA LAS FAMILIAS, CUIDADORES Y EDUCADORES DE CÓRDOBA

Cuando hablamos de la primera infancia en Córdoba, solemos hablar de los niños y las niñas. De lo que comen, de lo que aprenden, de si hablan “a tiempo”, de si “se portan bien”. Pero casi nunca hablamos de ustedes: las personas que están ahí todos los días. Las madres que sostienen, las abuelas que vuelven a criar, los padres que quieren estar más presentes, las maestras que acompañan rabietas que nadie más ve.

Este capítulo es para ustedes. No está escrito para funcionarios, ni para comités técnicos. Está escrito, con respeto, para quien despierta a las 3:00 a. m. porque el niño no logra calmarse. Para quien ha sentido vergüenza cuando el niño grita en público. Para quien ha servido la última comida del día y se ha quedado sin comer, diciendo “yo no tengo hambre”, sabiendo que sí tenía. Para quien se ha sentado en silencio en el baño a llorar porque ya no podía más, pero igual salió y siguió.

Vamos a decirlo claro desde el inicio: lo que haces cada día no es “cuidado” en el sentido romántico con el que a veces se habla del cuidado. Lo que haces cada día es neuroprotección. Tú estás moldeando el cerebro de ese niño o esa niña mientras aún se está formando. Eso no es metáfora. Es biología.

El cerebro de los niños pequeños —sobre todo entre los 0 y los 5 años— está en construcción acelerada. Es un cerebro plástico, lo que la ciencia llama neuroplasticidad: capaz de crear, reforzar o reorganizar conexiones según la experiencia diaria. Esa plasticidad no se mantiene igual toda la vida; es especialmente intensa en los primeros años. Son las llamadas ventanas críticas: momentos en los que el cerebro está más abierto que nunca a aprender una forma de calmarse, dormir, comer, comunicar, confiar... o aprender una forma de defenderse, cerrarse, gritar, pegar. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024; McCoy et al., 2023).

Y aquí viene lo importante: la forma en que tú acompañas esas ventanas críticas cambia el pronóstico de ese niño. Pronóstico no significa “diagnóstico”. Pronóstico significa: qué tan probable es que, cuando tenga siete años, pueda escuchar sin pegar, concentrarse en clase, decir “estoy bravo” en vez de patear la silla, o dormir sin sobresaltos cada noche. (Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Esto es lo que queremos dejarte: tú eres más determinante de lo que te han dicho. Y lo que haces no es pequeño.

7.1. El niño que “se porta mal” no es un problema; es un sistema nervioso pidiendo ayuda

En Córdoba escuchamos frases que se repiten en Montería, Lórica, Montelíbano, Sahagún, Puerto Escondido, San Bernardo del Viento:

- “Hace unas pataletas que no aguanto más.”

- “Llora hasta vomitar.”
- “Se pega él mismo cuando le digo que no.”
- “Me pega a mí.”
- “No escucha razones.”

Cuando un niño pequeño —dos, tres, cuatro años— se desborda así, lo que está pasando no es malicia, ni manipulación. Lo que está pasando es que su cuerpo está lleno de una emoción que no cabe todavía adentro: rabia, cansancio, miedo, frustración, hambre. Su cerebro emocional (la zona más impulsiva, más rápida, más visceral) se activó con toda la fuerza. Pero su cerebro que regula, el que pone freno, el que ayuda a bajar, todavía está en obra negra. Aún no termina de cablearse.

Para poder calmarse, ese niño necesita que alguien le “preste” regulación. Eso se llama co-regulación. Es cuando tú lo sostienes, lo abrazas fuerte si él está disponible para eso, bajas el tono de tu voz, respiras más lento para que él copie el ritmo, y le dices con palabras sencillas: “Estás bravo. Muy bravo. Yo estoy aquí.” (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024).

Co-regular no es “consentir”. Co-regular es enseñar. Cada vez que tú logras bajar la intensidad juntos, estás entrenando al cerebro del niño para que en el futuro pueda hacerlo sin ti. Literalmente estás ayudando a construir las conexiones entre las áreas que sienten (las más primitivas) y las áreas que frenan, nombran y deciden (las más frontales, las que maduran más tarde). Eso, más que cualquier regaño, es lo que reduce las conductas agresivas en la edad escolar. (Cook et al., 2024; González et al., 2024).

Cuando en cambio gritamos más fuerte que el niño, lo ridiculizamos delante de otros (“deja el show, mira cómo nos haces quedar”), o lo amenazamos (“si sigues así te quedas solo ahí afuera”), lo que aprende su cerebro no es calma: aprende miedo y defensa. Aprende a pegar más rápido, a huir, o a apagarse por dentro para no molestar. Eso a veces “funciona” en el momento porque el niño se queda quieto. Pero el costo aparece después: más impulsividad, más rabietas explosivas, más vergüenza de sí mismo, menos palabras para explicar lo que siente. (González et al., 2024; Moya et al., 2024).

No es que no pongas límites. El niño necesita límites claros. Lo que estamos diciendo es: el límite se puede dar sin humillar. “No te voy a dejar pegarme. Te sostengo las manos porque estás muy bravo y no voy a dejar que te hagas daño, ni que me hagas daño. Estoy aquí contigo.” Ese tipo de límite, dicho firme pero acompañado, enseña seguridad. La humillación enseña miedo.

Y un niño que aprende seguridad tiene más chance de autorregularse después. Eso es mejorar el pronóstico.

7.2. Comer, dormir y calmarse: el triángulo silencioso que sostiene (o rompe) el día

En los municipios, muchas cuidadoras nos dijeron algo que tiene que ser dicho aquí con toda su dignidad: “A veces él se acuesta con hambre. Esa noche no hay más.” O: “Solo comió una vez hoy.” Eso no es un detalle. Eso es inseguridad alimentaria severa. Eso está pasando en Córdoba, sobre todo en hogares sostenidos por mujeres sin empleo estable, con baja escolaridad y, de forma importante, en hogares que se reconocen étnicamente.

Quiero que entiendas lo que eso significa en términos del cuerpo del niño. Un niño que tiene hambre crónica no está simplemente “fastidioso”. Su cuerpo está en modo alarma. Está en modo “pelea o llora”. Ese cuerpo sin suficiente energía no tolera la espera, no tolera el “no”, no tolera compartir el juguete. El hambre se vuelve rabia. La rabia se vuelve golpe. El golpe se vuelve castigo. Y allí es donde muchas veces se empieza a romper la relación. (Casey & Winsler, 2025; Moya et al., 2024).

Por eso, cuando tú luchas para que haya al menos dos momentos claros de comida al día, incluso si lo que hay no es perfecto, estás haciendo neuroprotección. Cuando te sientas con él a comer, aunque tú no tengas apetito real, y le dices “ahora comemos juntos”, estás bajando la tensión y subiendo la probabilidad de que reciba alimento sin guerra. Comer acompañado regula. Forzar a cucharadas con gritos rompe.

Lo mismo pasa con el sueño.

El sueño del niño pequeño no siempre es fácil. Muchas de ustedes dicen: “No duerme si no está encima mío”, “se levanta cada hora”, “si no le doy el celular no se deja acostar”. Vamos a quitar culpa de esto. No hay nada “malo” en que un niño necesite tu cuerpo para dormir. Muchos cerebros pequeños necesitan contacto físico para bajar. Eso es normal.

Lo que sí ayuda mucho —y aquí la evidencia es consistente— es que la última media hora antes de dormir sea lo más predecible posible. No perfecta. Predecible. Casi el mismo orden todas las noches: lavarse, bajar ruido y pantalla, tomar agua, cuento corto o canción suave, acostarse. La rutina repetida le dice al cuerpo “ya es hora de bajar”. Un niño que duerme un poco mejor llora menos al día siguiente; y un niño que llora menos al día siguiente te drena menos a ti. (Cook et al., 2024).

Y eso también importa para la relación. Porque si tú estás un poquito menos drenada, pegas un poquito menos el grito. Y si tú gritas un poquito menos, él explota un poquito menos. Es un ciclo. Eso también es ciencia, no poesía.

7.3. “No está hablando todavía”: cuando preocupa el lenguaje

Otra cosa que oímos en todos los municipios fue: “No habla.” “Solo señala.” “Grita y me jala.” “No me mira cuando le hablo.”

Quiero decir algo con mucha claridad para que te quede como herramienta: antes de hablar con palabras, el niño ya está comunicando. Cuando te mira para ver si entiendes. Cuando te

trae algo para mostrártelo. Cuando señala y te dice con la cara “mira allá”. Cuando busca tu mirada si se cae. Eso es comunicación social temprana. Eso es cerebro diciendo: “tú y yo estamos conectados”. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).

Eso es bueno. Eso es protector.

Ahora: también es cierto que hay señales de alerta que sí vale la pena mirar temprano. Por ejemplo, si no hace contacto visual sostenido, si no señala para mostrar algo (no solo para pedir), si no imita ningún sonido tuyo, si parece que no oye cuando lo llamas por su nombre aunque sí oye otros ruidos, si se aísla o reacciona con crisis explosiva cuando intentas jugar con él o con ella.

Quiero que escuches esto de la forma en que la ciencia lo dice hoy, no como suele decir la gente: pedir ayuda temprano NO es etiquetar a tu hijo como “enfermo”. Pedir ayuda temprano es aprovechar la ventana crítica de neurodesarrollo y la neuroplasticidad. Es decir: “quiero darle más apoyo ahora, para que tenga más herramientas después”. Eso mejora el pronóstico. (Romero Otálvaro et al., 2018; McCoy et al., 2023).

En Córdoba ya existen dos herramientas para mirar esto:

- La EAD-3 (Escala Abreviada de Desarrollo), que usan en salud, clasifica áreas como lenguaje, motricidad y socialización en verde, amarillo o rojo. Amarillo no es “grave”; amarillo es “estamos a tiempo de apoyar”. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).
- El ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaire), que se puede hacer incluso con la familia y en entornos educativos, y que ya ha sido adaptado para población colombiana, para que las preguntas hagan sentido en nuestro contexto cultural. (Romero Otálvaro et al., 2018).

Si tu instinto te dice “algo no está fluyendo”, habla. Con la maestra. Con la promotora. Con enfermería en crecimiento y desarrollo. Con quien tengas más cerca. Nadie conoce a tu hijo o tu nieta mejor que tú. Tu observación es dato clínico. Tú eres la primera persona que ve esas señales.

7.4. Cuando dices “yo ya no puedo más”: eso también es una señal clínica

Este punto es delicado y lo vamos a tratar con respeto.

En Montelíbano, en Sahagún, en Lórica, escuchamos variaciones de la misma frase: “Yo lo amo, pero estoy cansada.” “Yo ya no puedo más.” “No importa lo que haga, él sigue igual.” Eso se midió en Córdoba con una escala que evalúa cuánta confianza siente el cuidador en su capacidad de criar y regular: la BPSSES. Muchas cuidadoras dijeron “yo puedo marcar una diferencia en la vida de mi hijo”, “sé qué hacer para que se porte mejor”, “puedo ayudarlo a crecer bien”. Eso es precioso. Eso es fuerza. Eso es una base enorme.

Pero también existe otra voz, más bajita, que dice: “Estoy demasiado cansada para hacer lo que sé que debería hacer”, “no puedo más con estas pataletas”, “él es muy difícil, haga lo que yo haga”.

Esa voz tiene que ser escuchada como un dato de riesgo, no como queja. Porque cuando tú estás al límite, la co-regulación se rompe. Y cuando la co-regulación se rompe durante las ventanas críticas del neurodesarrollo, el niño no tiene quién le preste calma. Sin ese préstamo de calma, su sistema nervioso aprende otra cosa: defensa, ataque, retraimiento. (Moya et al., 2024; González et al., 2024).

Entonces vamos a decirlo sin pena: cuando tú dices “yo ya no puedo más”, eso no es drama. Eso es un indicador que el sistema —salud, educación inicial, programas de infancia— tendría que tomar como prioridad. Porque protegerte a ti emocionalmente es proteger el pronóstico emocional de tu hijo.

Cuidarte tú no es abandonar al niño. Es asegurar que tú sigas pudiendo ser su calma. Y la calma, en este momento de la vida del niño, es medicina.

7.5. Lo que puedes hacer desde hoy (y que sí sirve, aunque nadie más lo vea)

En Córdoba no sobra el tiempo. No sobra el dinero. No sobra la ayuda. Sería irrespetuoso fingir lo contrario. Así que estas no son “recetas perfectas”. Son gestos posibles que la ciencia reconoce como protectores.

Habla en voz bajita y con palabras claras cuando él está desbordado. No porque “te toque ser zen”, sino porque él copia tu ritmo. Tu respiración lenta se convierte en su respiración lenta. Eso entrena su cerebro para bajar, poco a poco. (Harvard Center on the Developing Child, 2023).

Ponle nombre a lo que siente.

- “Estás bravo porque se acabó el jugo.”
- “Estás triste porque te dije que no.”

Al principio parece que no entiende. Pero lo que estás haciendo es darle un diccionario emocional. Ese diccionario es lo que, en unos años, le va a permitir decir “estoy bravo” en vez de morder. (Cook et al., 2024).

Haz una mini-rutina antes de dormir. No tiene que ser larga ni perfecta. Puede ser: lavar manos y cara, pijama, cuento corto o canción bajita, luz más tenue. Repetir ese orden casi siempre le dice al cuerpo “ya estamos bajando”. Un niño que duerme un poquito mejor, al día siguiente pega menos. Y tú también. (Cook et al., 2024).

Dale opciones pequeñas en la comida. “¿Quieres primero el huevo o primero el arroz?” Eso baja la pelea porque siente que decide

algo. La mesa deja de ser guerra total. Y donde hay menos guerra en la mesa, hay más vínculo disponible. (Casey & Winsler, 2025).

Pide ayuda sin vergüenza. Decir “estoy preocupada porque no está hablando”, “no se calma con nada”, “no está comiendo”, “no está durmiendo” no es decir “soy mala mamá”. Es decir “quiero aprovechar la ventana crítica, cuando todavía podemos mejorar el pronóstico”. (Romero Otálvaro et al., 2018; Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).

Incluye al papá, aunque no esté acostumbrado. No solo “míralo mientras cocino”. Eso es ayuda logística. Estamos hablando de ayuda emocional. “Hazlo dormir tú hoy”, “cuando lllore, cálmalo tú también”, “explícale tú lo que pasó”. Cuando el niño tiene dos adultos que pueden calmarlo, aprende que el mundo no se acaba si mamá se baña sola quince minutos. Y tú respiras. (Diniz et al., 2021).

Y si eres abuela, entiéndelo sin modestia falsa: tú no eres “favorcito”. Tú eres sostén. Tú estás, otra vez, prestando tu cuerpo para que un niño aprenda calma. Eso es gigantesco. Tienes derecho a estar cansada. Tienes derecho a decir “hoy necesito que alguien más lo duerma un rato”. Pedir ese relevo no es dejar de querer. Es durar más.

Para cerrar

Hay una frase que escuchamos mucho en Córdoba y que queremos responder directamente: “Doctora, yo quiero hacerlo bien, pero yo no sé si lo estoy haciendo bien.”

Te voy a contestar con lo que hoy sabemos de la ciencia del neurodesarrollo, no con frases bonitas.

- Si tú estás intentando calmar y no humillar, lo estás haciendo bien.
- Si tú intentas poner palabras en vez de golpes, lo estás haciendo bien.
- Si tú sigues aquí, aunque estás cansada, lo estás haciendo bien.
- Si tú dices “necesito ayuda”, lo estás haciendo bien.

Porque todo eso que parece tan cotidiano —cómo lo abrazas cuando tiembla, cómo le dices “te entiendo”, cómo le muestras a respirar, cómo lo acompañas a dormir, cómo sostienes la comida para que no sea guerra, cómo pides que alguien lo cargue un rato porque tú ya estás al límite— todo eso es neurodesarrollo. No es adorno. Es la base emocional, social y mental con la que ese niño o esa niña va a entrar al colegio, va a hacer amigos, va a decir “estoy bravo” en vez de patear, va a tener menos miedo por dentro.

Y eso, en última instancia, es futuro del territorio.

No es exageración decirlo así: Córdoba existe mañana en la forma en que tú sostienes hoy a esa niña, a ese niño. No en silencio heroico. No sola. Con derecho a apoyo, a formación, a descanso, a comida, a respeto.

La ciencia nos dice que esto que haces cambia el pronóstico. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024; Moya et al., 2024). El departamento tiene la responsabilidad de escucharte, no de juzgarte.

Y tú tienes derecho a saber, y creer, que lo que haces todos los días —a veces llorando, a veces riendo, a veces con culpa, siempre con el cuerpo puesto— es, sin exagerar, una de las formas más profundas de construir paz futura

CAPÍTULO 8

FORMAR A QUIENES FORMAN: LA PRIMERA INFANCIA COMO CAMPO CIENTÍFICO Y RESPONSABILIDAD ÉTICA TERRITORIAL

Este capítulo es para quienes toman decisiones sobre programas académicos, sobre prácticas pedagógicas, sobre lineamientos curriculares, sobre perfiles de egreso: universidades, facultades de educación infantil, programas técnicos y tecnológicos en atención integral a la primera infancia, Escuelas Normales Superiores, instituciones de formación de talento humano para salud, bienestar familiar y desarrollo comunitario.

Lo que sigue es directo: si seguimos formando profesionales de la primera infancia como si la primera infancia fuera solo “cuidado cariñoso” o solo “estimulación”, les estamos entregando a Córdoba equipos incompletos para enfrentar problemas que son neurológicos, emocionales, sociales y políticos al mismo tiempo.

El territorio necesita otra generación de profesionales. No solo más manos. Mejores manos. Manos con criterio.

8.1. Por qué es importante la formación basada en la evidencia

Durante décadas, la formación en educación infantil y atención a la primera infancia en Colombia ha tenido dos énfasis dominantes:

- el énfasis afectivo (“amor por la niñez”, “trato cariñoso”);
- y el énfasis didáctico (“estrategias pedagógicas por áreas del desarrollo”).

Ambos importan. Ninguno es suficiente.

¿Por qué? Porque lo que estamos viendo hoy en los territorios —y Córdoba lo mostró con evidencia propia— no son niños “sin límites” ni “con baja estimulación”. Lo que estamos viendo son niñas y niños que están atravesando hambre, sueño fragmentado, contextos de alta tensión emocional, ausencias de red, y entornos donde el adulto que regula está él mismo en agotamiento emocional sostenido.

Ese cuadro no se resuelve diciendo “hay que poner más normas”, ni tampoco con “hagamos más actividades lúdicas”. Ese cuadro se resuelve con comprensión profunda de neurodesarrollo.

Decimos neurodesarrollo, no desarrollo infantil genérico. Neurodesarrollo significa reconocer que el cerebro entre los 0 y los 5 años está en formación activa, con neuroplasticidad altísima —es decir, con capacidad de reorganizar sus conexiones según lo que vive cada día— y con ventanas críticas en las que se consolidan funciones como el lenguaje, la autorregulación emocional, la atención conjunta y la planificación motora. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; McCoy et al., 2023).

Ese cerebro en formación no aprende autocontrol porque lo “regañaron fuerte”. Aprende autocontrol porque alguien lo ayudó a bajar la intensidad muchas veces, sin destruir el vínculo. (Cook et al., 2024).

Ese cerebro no aprende lenguaje con fichas de colores; aprende lenguaje porque un adulto disponible le pone palabras al mundo mientras lo viste, lo alimenta, lo consuela. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).

Ese cerebro no aprende seguridad emocional con discursos sobre autoestima; la aprende cuando su hambre es escuchada y no ridiculizada, cuando su llanto no es tratado como vergüenza pública, cuando al miedo se le nombra y no se le castiga. (Moya et al., 2024; González et al., 2024).

Si la formación profesional no enseña esto con claridad científica, estamos graduando técnicos y licenciadas que se sienten culpables, improvisan, se frustran y terminan replicando prácticas violentas o medicalizando lo que en realidad es un problema relacional y estructural.

- No es justo con ellas.
- No es justo con las familias.
- No es justo con los niños.

8.2. Lo que debe saber hoy, mínimo, una o un profesional que trabaja con primera infancia

Aquí vamos a ser muy concretas. Quien sale a trabajar con niñas y niños de 0 a 5 años en Córdoba —en un CDI, en un aula de educación inicial, en promoción y prevención de salud, en acompañamiento familiar— debería tener, como base mínima, cinco alfabetizaciones técnicas. Si una de estas cinco no está en el plan de estudios, el plan está incompleto.

1. Neurodesarrollo temprano y neuroplasticidad.

El profesional debe poder explicar (sin miedo a la palabra “neuro”) qué es una ventana crítica, qué significa co-regulación emocional, por qué un niño de dos años no puede calmarse solo, y cómo el acompañamiento adulto repetido se convierte literalmente en arquitectura cerebral que mejora el pronóstico socioemocional futuro. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024). Esto no es opcional. Es núcleo del oficio.

2. Seguridad alimentaria como determinante del neurodesarrollo.

No basta con saber “qué es una dieta balanceada”. Se debe comprender que la inseguridad alimentaria severa (por ejemplo: “el niño se acostó con hambre”, “el niño solo comió una vez en el día”) es un evento neurotóxico repetido: altera sueño, irritabilidad, capacidad de autorregulación, relación con el adulto y, por tanto, trayectoria emocional. (Casey & Winsler, 2025; Moya et al., 2024). Esto significa que el discurso profesional ya no puede tratar la alimentación como “tema de nutrición”. Es un tema de regulación emocional y pronóstico conductual.

3. Lectura y uso de instrumentos de tamizaje del neurodesarrollo.

Quien trabaja con primera infancia en Córdoba debe ser capaz de:

- entender la lógica de la EAD-3 (verde / amarillo / rojo en motricidad, lenguaje, personal-social);
- comprender las bases del ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaire, 3.ª edición) y su adaptación en población colombiana, donde la mirada del cuidador cotidiano es validada como información clínica; y
- saber qué hacer con un resultado “amarillo”, sin entrar en pánico ni estigmatización, sino activando acompañamiento temprano. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022; Romero Otálvaro et al., 2018). Esto convierte al educador o agente comunitario en primera línea de protección, no en simple “reportador de problema”.

4. Regulación emocional del adulto cuidador como factor de pronóstico infantil.

El profesional debe identificar señales como “ya no puedo más”, “él es imposible”, “llora hasta vomitar y yo tiemblo”, no como queja de una madre “débil”, sino como indicador de riesgo para la co-regulación del niño. Cuando el adulto principal está exhausto, la red de calma del niño se rompe. Esa ruptura, si se mantiene durante la ventana crítica, aumenta el riesgo de dificultades emocionales y conductuales persistentes. (Moya et al., 2024; González et al., 2024).

En otras palabras: el estado emocional del cuidador es dato clínico infantil.

5. Corresponsabilidad en el cuidado y redistribución de la carga.

El profesional debe comprender que en Córdoba el cuidado diario es ejercido casi totalmente por mujeres (94,2 % de cuidadoras principales), la mayoría amas de casa (67,1 %) sin empleo formal, con participación creciente pero aún limitada de padres y con abuelas que sostienen nietos pequeños en etapas tardías de su propia vida. Eso no se aborda diciendo “mamá, organízate mejor”. Eso se aborda entendiendo el cuidado como una función social que debe ser compartida con otros adultos (padres, familia ampliada, instituciones), en clave de corresponsabilidad y derecho social, no sacrificio silencioso. (CEPAL, 2024; ONU Mujeres, 2023).

En resumen: si la formación profesional no enseña estas cinco alfabetizaciones, está dejando a las futuras egresadas expuestas a dos riesgos: sentir que “no sirven” cuando en realidad no tuvieron herramientas; o repetir prácticas violentas sin entender que existen otras rutas basadas en ciencia.

8.3. El territorio como laboratorio vivo: Córdoba no es un aula, es un contexto neuroemocional complejo

Las universidades y centros formadores suelen hablar de “prácticas”, “pasantías”, “campo”, “territorio”. Pero en la primera infancia, territorio no es solo geografía. Es ecología emocional.

En Córdoba encontramos hogares donde una abuela de 58 años vuelve a criar un nieto de 2 porque la madre trabaja informalmente y llega agotada. Encontramos madres de 29 años que iniciaron maternidad a los 21 y ahora conviven con dos hijos pequeños, inseguridad alimentaria y cero redes estables. Encontramos padres que quieren participar más, pero que siguen siendo llamados al colegio “solo cuando hay problema”, nunca cuando se necesita planear la calma cotidiana.

Esto tiene implicaciones directas en la formación:

- El aula universitaria no puede seguir presentando un “hogar tipo” que no existe en Córdoba. El hogar cordobés real es multitensión: económico, emocional, alimentario.
- El discurso de “vínculo afectivo seguro” tiene que bajar de la teoría al escenario real: ¿cómo se construye vínculo afectivo cuando la cuidadora duerme tres horas rotas, el niño se despierta llorando de hambre a las 2:00 a. m., y al día siguiente esa misma cuidadora tiene que hacer fila en salud desde las 5:00 a. m. con el bebé cargado?
- La formación debe reconocer que muchas de las reacciones que el sistema llama “conductas problema” son en realidad reacciones biológicas a un contexto de estrés. El niño que muerde en el aula, la niña que empuja en el comedor, no son “niños agresivos por naturaleza”: son niños con sistemas nerviosos en alerta sostenida. (Cook et al., 2024; Casey & Winsler, 2025).

Cuando la universidad forma profesionales sin aterrizarlos en esta realidad, los manda al campo con un lenguaje que suena acusatorio (“falta de límites”) o ingenuo (“vamos a respirar todos en círculo y ya”), pero no les da herramientas para leer la profundidad neurobiológica de lo que tienen al frente.

Formar para Córdoba implica formar para la complejidad afectiva y material del departamento. La Universidad de Córdoba, como institución territorial con misión científica y social, tiene en esto una responsabilidad estratégica: producir y sostener conocimiento que sirva aquí, en estas familias, con estas tensiones, con estos indicadores, y formar talento humano que pueda responder desde evidencia y no desde juicio.

8.4. Lo que las instituciones formadoras tendrían que ajustar ya

A continuación, planteamos líneas de ajuste curricular y operativo que pueden implementarse de manera directa en programas de educación infantil, atención integral a la primera infancia, salud pública materno-infantil, trabajo social en primera infancia y afines. Estas líneas no exigen “recrear toda la carrera”, pero sí exigen decisión académica.

1. Neurodesarrollo temprano como eje central, no como módulo optativo.

El neurodesarrollo —neuroplasticidad, ventanas críticas, co-regulación emocional, construcción de lenguaje temprano, integración sensorial-motriz— debe ser núcleo duro de la formación, no un capítulo suelto en psicología evolutiva. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024).

Esto incluye que las y los estudiantes practiquen cómo hablar de esto con familias en lenguaje cotidiano, sin tecnicismos culpabilizantes.

2. Seguridad alimentaria infantil como marcador de riesgo neuropsicosocial.

La formación debe enseñar a leer hambre infantil no solo como “riesgo nutricional”, sino como detonador de hipervigilancia emocional, llanto inconsolable, sueño roto y agresividad defensiva. (Casey & Winsler, 2025; Moya et al., 2024). Esto cambia la intervención en aula: ya no es “castiga al que muerde”, es “entiende quién llegó sin comer y regúlalo primero”.

3. Uso ético y competente de instrumentos de tamizaje del neurodesarrollo.

Los equipos educativos y de atención deben salir sabiendo aplicar, interpretar y conversar con familias sobre:

- EAD-3: qué significa un dominio “amarillo” para un niño de 18 meses, por ejemplo, en lenguaje o en personal-social, y qué apoyos cotidianos se activan. (Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).
- ASQ-3: cómo recoger la mirada de la madre, el padre o la abuela como insumo clínico válido y no como opinión “emocional”, reconociendo el trabajo de adaptación y validación de esta herramienta a población colombiana (Romero Otálvaro et al., 2018).

Esto, además de técnico, es político: valida la voz de la familia como conocimiento legítimo.

4. Formación explícita en acompañamiento parental y regulación del cuidador.

Los datos de INFANTIA Córdoba mostraron dos caras simultáneas en las cuidadoras: una percepción alta de “yo puedo marcar la diferencia” y, al mismo tiempo, una fatiga agotadora (“yo ya no puedo más”). La formación profesional debe incluir herramientas de acompañamiento breve al cuidador: no “terapia larga”, sino prácticas concretas para bajar tensión, organizar la hora de dormir, sostener la rabieta sin violencia, pedir relevo, invitar al padre. (González et al., 2024; Diniz et al., 2021). Esto convierte a la agente educativa, o al profesional comunitario, en un apoyo regulador para el adulto, lo que protege indirectamente al niño.

5. Corresponsabilidad real: incluir a los padres como sujetos formables, no visitantes.

La evidencia regional nos muestra padres que sí desean vínculo emocional, pero que raramente son convocados como corresponsables del día a día (alimentar, dormir, calmar, hablar). (Diniz et al., 2021).

Los programas de formación deben enseñar estrategias para invitar a los padres sin juicio (“usted no aparece nunca”) y sin reducirlos a “proveedor económico”, sino como co-reguladores emocionales esenciales. Esto también disminuye la sobrecarga de las mujeres y protege la salud mental de la cuidadora principal, que es determinante del pronóstico del niño. (Moya et al., 2024).

6. Enfoque territorial y demográfico.

La formación debe incorporar la realidad demográfica: menos nacimientos, más envejecimiento, más abuelas sosteniendo nietos y menos red extendida disponible. (DANE, 2024; CEPAL, 2024).

Esto no es un dato sociológico suelto. Es una alerta: el sistema tradicional de “la familia resuelve sola” ya no da abasto. Formar talento humano sin esa lectura es formar para un país que ya no existe.

8.5. Cierre: no estamos formando maestras; estamos formando arquitectura social

Lo que mostró INFANTIA Córdoba no es solo que hay hambre en algunos hogares, que hay cansancio en ciertas cuidadoras, que algunos niños muerden cuando están agotados. Mostró algo más profundo: el neurodesarrollo de la primera infancia es el punto donde se cruzan todas las fuerzas del territorio.

- Ahí se cruzan las condiciones materiales (si hubo comida esa noche).
- Ahí se cruza la salud mental adulta (“yo ya no puedo más”).
- Ahí se cruza la estructura familiar (madre joven, abuela cuidadora, padre que quiere estar, pero no ha sido invitado como corresponsable real).
- Ahí se cruza el sistema educativo inicial (docentes y agentes que ven todos los días la autorregulación del niño, pero muchas veces sin herramientas ni respaldo).
- Ahí se cruza el sistema de salud (que tiene un tamizaje técnico, pero al que le llegan tarde las alarmas emocionales).
- Ahí se cruza la política pública (que decide si entiende esto como infraestructura o lo deja como deuda privada femenina).

Formar profesionales en primera infancia en Córdoba, entonces, ya no puede ser entendido como “preparar maestras dulces y creativas”. Es, sin exagerar, formar personas capaces de sostener arquitectura social: gente que sepa leer el llanto de las 2:00 a. m. como un evento neurobiológico; que sepa ver el hambre no solo como alimentación sino como riesgo emocional; que pueda identificar una alerta en comunicación temprana y activar apoyo oportuno sin etiquetar al niño; que acompañe a la madre sin juzgarla y convoque al padre sin ridiculizarlo; que pueda sentarse con una abuela cuidadora de 60 años y decirle “usted no está sola, y su cansancio importa”.

La Universidad de Córdoba —y las instituciones aliadas de formación en el departamento y en la región Caribe— tienen la posibilidad histórica de liderar este cambio conceptual. No como retórica, sino como currículo, práctica y egreso.

Porque, seamos honestos: en un territorio con menos nacimientos y más presión social sobre cada niño que sí nace, quien acompaña la primera infancia no está “cuidando niños”. Está cuidando el futuro del departamento.

Y eso, a estas alturas, tiene que enseñarse como ciencia, como ética y como política pública.

CAPÍTULO 9

MANIFIESTO PARA CÓRDOBA: CUIDAR ES DECIDIR EL FUTURO

Este no es un cierre técnico. Es un llamado.

Lo escribimos desde lo que escuchamos en las casas, en los CDI, en los barrios, en las EPS; desde lo que vimos en Montelíbano y Lorica, en Sahagún, Montería, Puerto Escondido y San Bernardo del Viento; desde lo que nos contaron madres jóvenes, abuelas cansadas, maestras con la voz quebrada, padres que quieren estar más presentes y no siempre encuentran la puerta para entrar.

Pero también lo escribimos desde un lugar institucional que hoy asumimos con responsabilidad: la Universidad de Córdoba, y en particular su programa de Licenciatura en Educación Infantil, se declara —y debe ser reconocida— como faro científico, pedagógico y ético de la primera infancia en el departamento.

Porque Córdoba necesita ciencia propia. Y esa ciencia ya existe aquí.

9.1. A quienes sostienen la infancia con el cuerpo

Este libro es para ustedes primero.

Para la madre que dice “yo sí puedo hacer la diferencia en mi hijo”, pero que en la misma frase confiesa “ya no puedo más” y nadie entiende que esa frase es una alarma clínica, no una queja. Para la abuela de 58 años que volvió a criar un nieto de 2 porque “¿quién más si la mamá está trabajando todo el día?”. Para el papá que llega tarde del turno, exhausto, pero igual se sienta en el piso, carga al niño sobre el pecho y le cuenta el mismo cuento tres veces hasta que se queda dormido. Para la maestra que contiene tres rabieta explosivas antes de las 9:30 a. m. y a la que le piden además que haga planeación, registre asistencia y “controle el grupo”.

A ustedes les decimos: ustedes no son apoyo “natural”, ni “ángeles”, ni “ayudas”. Ustedes son infraestructura viva del neurodesarrollo de Córdoba.

Lo que hacen no es solo ternura. Es regulación emocional. Es contención frente al hambre, frente al miedo, frente al desborde. Es sostener el sueño de un cuerpo pequeño que no logra bajar. Es poner palabras al mundo de alguien que aún no las tiene. Todo eso moldea conexiones neuronales, fortalece o debilita la posibilidad de autorregulación futura, define el pronóstico emocional y social de esa niña, de ese niño. (Harvard Center on the Developing Child, 2023; Cook et al., 2024; Moya et al., 2024).

Eso que ustedes hacen, tantas veces sin dormir, sin comer bien, sin red, es, literalmente, cómo se escribe el futuro de este territorio.

9.2. A la Gobernación de Córdoba y a quienes toman decisiones públicas

Les hablamos con respeto, pero sin suavizar.

Los datos que presentamos en este libro no son un informe para archivar. Son una radiografía temprana del futuro emocional y social de Córdoba.

Cuando una familia nos dice en Montelíbano: “Hubo un día que el niño solo comió una vez”, eso no es “un indicador nutricional preocupante”. Eso es un episodio de inseguridad alimentaria severa en primera infancia, que hoy la ciencia reconoce como evento de estrés tóxico. Hambre sostenida a los dos años no solo duele: recalibra el sistema nervioso del niño hacia la defensa permanente. Eso se traduce luego en impulsividad, irritabilidad constante, dificultad para tolerar la frustración, aumento de la respuesta agresiva. Eso se va a ver en las aulas, en la convivencia, en la salud mental adolescente. (Casey & Winsler, 2025; McCoy et al., 2023).

Cuando en Sahagún una madre dice “yo lo amo, pero estoy cansada”, el sistema suele juzgarla: “le faltan límites”. Nuestra lectura es distinta: esa frase es un marcador temprano de riesgo en la co-regulación emocional del niño. Si la adulta que calma está exhausta hasta el temblor, la co-regulación se rompe. Si la co-regulación se rompe durante las ventanas críticas del neurodesarrollo (0–5 años), el niño queda solo frente a una emoción que todavía no puede manejar. Ese niño no “es difícil”: está desprotegido en su autorregulación. (González et al., 2024; Moya et al., 2024).

Cuando en Lorica una abuela dice “él solo se calma encima de mí”, eso no es “mal hábito”. Eso es sostén neurobiológico en vivo: el cuerpo de ella presta regulación al cuerpo de él. Esa abuela está funcionando como sistema nervioso externo de un niño pequeño. Y lo está haciendo sin salario, sin descanso, sin acompañamiento emocional formal, a los 50, a los 60 años.

Esto no se puede seguir llamando “asuntos de familia”. Esto es sostenibilidad territorial.

Y por eso decimos, con toda seriedad: **cuidado infantil temprano debe ser agenda prioritaria de gobierno**. No como línea complementaria, sino como eje. Porque cuidar bien hoy reduce violencia mañana. Porque acompañar hoy reduce crisis escolares mañana. Porque dormir mejor hoy baja riesgo de trastornos de autorregulación mañana. Porque comer con estabilidad hoy disminuye reactividad impulsiva mañana. (Cook et al., 2024; Casey & Winsler, 2025).

Invertir en la primera infancia no es caridad; es gobernanza inteligente.

9.3. A las universidades, y en especial a la Universidad de Córdoba

Aquí queremos detenernos.

Lo que este libro revela, Córdoba no lo supo por un informe importado de otra región, ni por un documento genérico global. Lo supo porque aquí, en este territorio, la Universidad de Córdoba —junto con aliados académicos y la Gobernación— hizo el trabajo serio de mirar, preguntar, escuchar y analizar a las familias de Córdoba. Lo supo porque se puso ciencia en campo, porque se midió seguridad alimentaria con rigor, porque se aplicó autoeficacia parental, porque se recogió el cansancio emocional como dato, porque se incorporó la mirada

de la abuela y del padre, y porque se cruzó todo eso con lo que sabemos del neurodesarrollo temprano.

Esto es importante decirlo:
La Universidad de Córdoba está dejando de ser solo formadora de profesionales para convertirse en productora de conocimiento vivo que transforma política pública.
Eso no es menor. Eso es histórico.

Y dentro de esa universidad, el programa de Licenciatura en Educación Infantil deja de ser leído únicamente como “la licenciatura de quienes aman a los niños” para posicionarse — con toda legitimidad científica— como un actor técnico central en el sistema de cuidado temprano del departamento.

Decimos esto con plena intención: la Licenciatura en Educación Infantil de la Universidad de Córdoba es, a partir de este trabajo, un faro.

Un faro porque asume la primera infancia como un campo científico, y no solo afectivo. Un faro porque entiende que en la formación de una maestra infantil hay neurobiología, hay salud pública, hay regulación emocional, hay lectura de inseguridad alimentaria y hay acompañamiento parental.

Un faro porque reconoce que una educadora infantil no “entretiene niños”: sostiene autorregulación emocional, detecta alertas tempranas de lenguaje, protege vínculo, llama al padre y le dice “tú también eres red”, y lo hace en la ventana crítica donde el pronóstico aún puede mejorar. (Romero Otálvaro et al., 2018; Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF, 2018–2022).

Y un faro porque, desde dentro del territorio, con acento cordobés, está diciendo al país: “Este departamento ya no va a aceptar que el cuidado infantil sea invisible. Aquí lo vamos a nombrar, a medir, a planear y a dignificar”.

Esa es, también, una forma de soberanía científica regional.

9.4. A quienes forman a las que forman

A las facultades, a los centros de formación técnica, a las Escuelas Normales Superiores del departamento: lo que viene ya no puede ser solo didáctica ni solo “vocación”.

Tenemos que graduar profesionales capaces de sentarse frente a una madre en Puerto Escondido que dice “no está hablando todavía, solo grita y me jala” y responderle sin juicio:

1. “Tú lo estás viendo bien.”
2. “Eso que describes sí es importante.”
3. “Vamos a verlo ya, porque su cerebro está en ventana crítica y aún podemos mejorar el pronóstico.”

Tenemos que graduar profesionales capaces de leer hambre como riesgo neuroemocional, no como “malcrianza”. Capaces de ver el golpe en el aula no solo como “agresión”, sino como

“este cuerpo pequeño está al límite”. Capaces de proteger al niño sin dañar a la madre. Capaces de invitar al padre como corresponsable, no como visita. (Diniz et al., 2021; González et al., 2024).

Tenemos que graduar profesionales que entiendan que “yo ya no puedo más” —dicho por una cuidadora principal en Sahagún— no es drama, sino alerta roja de salud pública infantil.

Esto, lo decimos de frente: exige un rediseño ético de la formación. El territorio les está pidiendo otra cosa. Y la Universidad de Córdoba ya dio el paso de decir: vamos a responder.

9.5. Nuestro manifiesto para Córdoba

Queremos cerrar este libro dejando por escrito aquello que, para nosotras, no puede volver a negociarse ni a volverse invisible. Lo decimos como investigadoras, sí. Pero también como mujeres que han acompañado, en campo, el temblor emocional de esta primera infancia.

1. **La primera infancia es prioridad estructural del departamento.** No una línea menor. No un apéndice. No “programas bonitos”. Prioridad estructural. Aquí se define el tipo de sociedad que Córdoba va a ser.
2. **El cuidado infantil temprano es un trabajo especializado y debe ser reconocido, formado y acompañado como tal.** Cuidar a un niño menor de seis años es sostener su cerebro mientras aún aprende a calmarse, a dormir, a comer, a confiar. Eso es ciencia aplicada. Eso merece estatus, acompañamiento emocional y soporte material.
3. **El hambre de un niño pequeño no es “pobreza”, es riesgo neurológico.** Que en Córdoba existan familias que reportan “el niño se acostó con hambre” y “solo comió una vez en el día” es una señal de alarma sobre el pronóstico emocional y conductual futuro de ese niño. Eso requiere respuesta inmediata, diferencial y sostenida. (Casey & Winsler, 2025).
4. **El cansancio emocional del cuidador principal es asunto público.** Cuando una madre, una abuela, una maestra dice “yo ya no puedo más”, el sistema tiene que recibirlo como dato clínico infantil. Proteger a quien calma es proteger al niño. (Moya et al., 2024).
5. **El padre es corresponsable emocional, no invitado ocasional.** Los hombres que quieren estar tienen que ser nombrados, incluidos, formados y legitimados como parte de la red de regulación del niño. (Diniz et al., 2021).

Eso descarga a las mujeres. Eso estabiliza al niño. Eso fortalece al territorio.

6. **Las educadoras y agentes educativas de la primera infancia son pieza técnica clave del sistema de salud emocional del departamento.** No son “apoyo”. Son detección temprana, contención cotidiana y puente con la familia. Su rol debe ser formalmente reconocido en las políticas de cuidado, salud y educación inicial.

7. **La Universidad de Córdoba y su Licenciatura en Educación Infantil asumen, desde hoy, el mandato de sostener y expandir este campo de conocimiento.** No como un logro institucional, sino como una responsabilidad histórica con Córdoba. Producir evidencia propia. Formar desde la ciencia del neurodesarrollo temprano. Defender públicamente que la primera infancia es territorio político, sanitario y emocional. Acompañar a la Gobernación en diseñar rutas que integren seguridad alimentaria, acompañamiento parental, seguimiento del neurodesarrollo (EAD-3, ASQ-3) y corresponsabilidad del cuidado. Ser faro implica eso: no solo ver, sino alumbrar para que otros puedan ver.
8. **Córdoba declara que cuidar bien, a tiempo, es política de paz.** Porque un niño que aprende a calmarse sin violencia, que es sostenido cuando tiene miedo, que no es humillado cuando llora, que no se duerme con hambre todas las noches, es un niño que entra a la escuela con más recursos internos y menos rabia acumulada. Y eso, a diez años, se vuelve convivencia. Se vuelve comunidad que dialoga en lugar de herirse. Se vuelve tejido social vivo.

REFERENCIAS

Amar Amar, J. (2015). *Familia, cuidado y desarrollo infantil en contextos de vulnerabilidad social en el Caribe colombiano*. Barranquilla: Universidad del Norte.

Amar Amar, J., Palacio Sañudo, J., Abello, R., Madariaga, C., & cols. (2014). *Desarrollo infantil temprano y apoyo familiar en entornos de pobreza: lecturas desde el Caribe colombiano*. Barranquilla: Universidad del Norte.

Arteaga, I., et al. (2024). *Cuidado sensible del cuidador principal y regulación emocional temprana en contextos de alta demanda*. Manuscrito en preparación / informe técnico interno.

Casey, E. G., & Winsler, A. (2025). Impacts of food insecurity on child development: Strengthening the role of childcare. *Nutrients*, 17(2427), 1–20.

CEPAL. (2024). *La sociedad del cuidado: el cuidado como derecho, motor económico y pacto intergeneracional en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Cook, C. J., et al. (2024). Risk and protective factors for self-regulation in early childhood under adversity. *Infant and Child Development*, 33(2), e2417.

Cuervo, A. (2021). *Crianza y regulación emocional temprana en familias colombianas: tensiones entre tradición y nuevas formas de acompañamiento*. Universidad de Antioquia.

DANE. (2024). *Nacimientos y fecundidad en Colombia 2015–2024*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DANE. (2025). *Estadísticas vitales: natalidad histórica y fecundidad en Colombia 2015–2024*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Diniz, A., et al. (2021). *Involucramiento paterno en la primera infancia: compromiso, accesibilidad y responsabilidad en padres de niños de 0 a 5 años en el Caribe colombiano*. Universidad del Norte / Caribe colombiano.

Draper, C. E. (2024). The next 1000 days: Early nutrition, caregiving and brain development. *The Lancet*, 403(10412), 112–119.

Draper, C. E., Yousafzai, A. K., McCoy, D. C., Cuartas, J., Obradović, J., Bhopal, S., Fisher, J., Jeong, J., Klingberg, S., Milner, K., Pisani, L., Roy, A., Seiden, J., Sudfeld, C. R., Wrottesley, S. V., Fink, G., Nores, M., Tremblay, M. S., & Okely, A. D. (2024). The next 1000 days: Building on early investments for the health and development of young children. *The Lancet*, 404(10467), 2094–2116. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01389-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01389-8)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Organización Mundial de la Salud [OMS], & Banco Mundial. (2023). *Implementación del enfoque de Cuidado para el Desarrollo Infantil (CDI) en América Latina y el Caribe: orientaciones para la acción intersectorial en primera infancia*. Informe técnico regional.

Gobernación de Córdoba, Universidad de Córdoba, & Universidad del Norte. (2024). *Caracterización de cuidadores y condiciones de cuidado, seguridad alimentaria y organización doméstica en hogares con niños y niñas menores de seis años en el departamento de Córdoba (INFANTIA CÓRDOBA 2023–2024)*. Informe técnico interno.

González, M. R., et al. (2024). Parental stress, discipline beliefs, and harsh caregiving risk in Colombian families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 110–125.

Harvard Center on the Developing Child. (2023). *Brain architecture and early experience*. Cambridge, MA: Harvard University.

Harvard Center on the Developing Child. (2023). *How early relationships shape brain architecture and self-regulation*. Cambridge, MA: Harvard University.

Jaramillo, E. D. (2024a). *Implementación de modelo psicosocial de prácticas de cuidado con apoyo TIC con enfoque de seguridad alimentaria en la primera infancia en el departamento de Córdoba: Resultados ELCSA y análisis multivariado*. Universidad de Córdoba; Universidad del Norte; Gobernación de Córdoba.

Jaramillo, E. D. (2024b). *Implementación de un modelo psicosocial de prácticas de cuidado con apoyo TIC con enfoque de seguridad alimentaria en la primera infancia en el departamento de Córdoba (INFANTIA Córdoba 2023–2024): Resultados BPSES, roles de género y organización del cuidado*. Universidad de Córdoba; Universidad del Norte; Gobernación de Córdoba.

Kotsis, K., et al. (2023). Parental stress and parental self-efficacy in early caregiving: Implications for prevention. *Healthcare*, 11(9), 1332.

McCoy, D. C., et al. (2023). Investments in nurturing care and early childhood development outcomes in low- and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 11(10), e1580–e1593.

Ministerio de Salud y Protección Social & UNICEF. (2018–2022). *Escala Abreviada de Desarrollo – versión 3 (EAD-3): lineamientos técnicos para el tamizaje del neurodesarrollo en la primera infancia en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social / UNICEF Colombia.

Moya, A., Harker Roa, A., Sánchez, J., Torres, M. J., & Lieberman, A. F. (2024). Caregiver mental health and early childhood socioemotional development in high-adversity Colombian settings. *Joint Data Center on Forced Displacement Working Paper*.

ONU Mujeres. (2023). *Sistemas integrales de cuidado y corresponsabilidad social en América Latina y el Caribe*. ONU Mujeres / CEPAL.

Ramírez Bolívar, L., Martínez Osorio, A., González Gutiérrez, D., & Mosquera Sánchez, L. (2025). *Reflexiones sobre el cuidado como derecho en Colombia: configuraciones jurídicas y alcance para las políticas de atención a la primera infancia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia / Observatorio de Cuidado.

Ramírez Bolívar, L., Martínez Osorio, M., González Gutiérrez, N. S., & Mosquera Sánchez, A. (2025). *Reflexiones sobre el cuidado como derecho en Colombia*. Bogotá: Dejusticia / ONU Mujeres.

Romero Otálvaro, A. M., Grañana, N., Gaeto, M., & cols. (2018). Adaptación y validación del *Ages & Stages Questionnaire-3 (ASQ-3)* para población infantil hispanohablante en contexto colombiano: tamizaje temprano del neurodesarrollo. En *Aproximaciones a la neuropsicología infantil en Colombia*. Universidad de Córdoba / Universidad del Norte.

Sánchez-Ariza, J., et al. (2022). Parenting under chronic violence: Emotional regulation, caregiving strain, and early socioemotional outcomes in Pacific Colombia. *SSRN Working Paper*.

Suri, D. (2025). Early feeding, micronutrient security and neurodevelopmental pathways in infancy.

UNICEF. (2023). *Early Childhood Development: A vision for every child*. Nueva York: UNICEF.

UNICEF. (2024). *La pobreza alimentaria infantil: Privación nutricional en la primera infancia. Informe sobre nutrición infantil (Resumen)*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

World Bank. (2024). *Early childhood development and human capital investment: Policy priorities for low- and middle-income regions*. Washington, D. C.: World Bank Group.

World Health Organization [WHO]. (2023). *Responsive caregiving and early brain development: Guidance for early childhood programs*. Ginebra: WHO.

World Health Organization [WHO], UNICEF, & World Bank. (2023). *Nurturing care for early childhood development: Responsive caregiving, safety, nutrition and early learning in the first years of life*. Ginebra: WHO.

World Health Organization [WHO], UNICEF, & World Bank. (2023). *Nurturing Care Framework update: Responsive caregiving, early learning, safety and security, health and nutrition as pillars of early childhood development*. World Health Organization / UNICEF / World Bank Group.

EVALUACIÓN DE PARES

I. DATOS DEL LIBRO.

Título:	Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial
----------------	--

II. DATOS DEL EVALUADOR UNO (1).

Nombres y apellidos:	Digna Dionisia Pérez Bravo		
Documento de identificación:	E300435		
Institución:	Universidad Técnica Particular de Loja		
Dirección:	Loja, Ecuador.	Teléfono:	+593987116565
Correo electrónico:	ddperez@utpl.edu.ec		
Grado académico:	Ph.D. MSc. Lic		
Fecha de evaluación:	15/11/2025		

III. CRITERIOS Y ESCALA DE EVALUACIÓN

Criterio	Rango escala(Puntos)
Publicable con pocas modificaciones	90-100
Publicable, pero el capítulo requiere modificaciones sustanciales y una nueva evaluación	80-89
No publicable	0-79

IV. EVALUACIÓN DEL PRODUCTO

Asignar puntuación de acuerdo al rango de puntos según corresponda para cada criterio (Favor **sustentar** calificación asignada a cada criterio en el espacio correspondiente).

Criterio de evaluación	Rango/puntos	Puntaje
1. El título permite la identificación del tema tratado, recoge la variable o categoría de estudio.	De 0 a 3	3
Sustentación:		
2. El resumen aporta suficiente información sobre el contenido del capítulo. <ul style="list-style-type: none"> • Expone el objetivo o propósito. • Enuncia el método de la investigación. • Enfoque teórico que sustenta el capítulo (opcional). • Principales resultados, discusión y conclusiones. • Palabras clave. 	De 0 a 3	3
Sustentación:		
3. La introducción contiene los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Sitúa adecuadamente el problema u objeto de estudio. • Se enuncian los referentes teóricos y estos son coherentes con los mencionados en los resultados y la discusión. • Se expone la justificación de la investigación. • Finaliza con el objetivo. 	De 0 a 4	4
Sustentación:		
4. La metodología enuncia y desarrolla: <ul style="list-style-type: none"> • Las variables o categorías de estudio. • El enfoque y alcance de la investigación. • La población y muestra o participantes del estudio. • Las técnicas e instrumentos de recolección de datos. 	De 0-10	9

<ul style="list-style-type: none"> • Las técnicas de procesamiento y análisis de datos. • El método que permite alcanzar el objetivo o propósito propuesto. 		
Sustentación:		
5. Los capítulos exponen los resultados de la investigación manera adecuada con el objetivo o propósito descrito.	De 0-10	10
Sustentación:		
6. La discusión analiza los resultados obtenidos a luz de los elementos teóricos asumidos en la investigación.	De 0-10	9
Sustentación:		
7. Las conclusiones de los capítulos son coherentes con el (los) objetivo(s) o propósito(s) y están fundamentadas en los resultados o con la(s) tesis presentada(s).	De 0 a 10	10
Sustentación:		
8. Selectividad: Los capítulos presentan aportaciones válidas y significativas al conocimiento del área desarrollada.	De 0 a 15	13
Sustentación:		
9. Las fuentes y las referencias son pertinentes y de calidad.	De 0 a 10	10
Sustentación:		
10. Normalidad: La investigación está organizada y escrita de forma adecuada para ser comprendida y discutida por la comunidad científica.	De 0 a 10	8
Sustentación:		
11. Los capítulos presenta elementos originales.	De 0 a 15	13
Sustentación:		
Calificación total	92	

V. SÍNTESIS EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PRODUCTO

Criterios	Rango escala (Puntos)
Publicable con pocas modificaciones	X
Publicable, pero el capítulo requiere modificaciones sustanciales y una nueva evaluación	
No publicable	

OBSERVACIONES GENERALES:

Muy buen material científico.

Atentamente,



Ph.D. Digna Dionisia Pérez Bravo
Doctora en Ciencias de la Educación

I. DATOS DEL LIBRO.

Título:	Córdoba Cuida: Neurodesarrollo, alimentación y cuidado infantil como apuesta de futuro territorial
----------------	---

II. DATOS DEL EVALUADOR DOS (2).

Nombres y apellidos:	José Fernández Olivera		
Documento de identificación:	X300456		
Institución:	Instituto de Investigación y Formación Docente.		
Dirección:	Oaxaca, México	Teléfono:	+527292834453
Correo electrónico:	josefernandezolivera@gmail.com		
Grado académico:	Ph.D. MSc. Lic		
Fecha de evaluación:	17/11/2025		

III. CRITERIOS Y ESCALA DE EVALUACIÓN

Criterio	Rango escala(Puntos)
Publicable con pocas modificaciones	90-100
Publicable, pero el capítulo requiere modificaciones sustanciales y una nueva evaluación	80-89
No publicable	0-79

IV. EVALUACIÓN DEL PRODUCTO

Asignar puntuación de acuerdo al rango de puntos según corresponda para cada criterio (Favor **sustentar** calificación asignada a cada criterio en el espacio correspondiente).

Criterio de evaluación	Rango/puntos	Puntaje
12. El título permite la identificación del tema tratado, recoge la variable o categoría de estudio.	De 0 a 3	3
Sustentación:		
13. El resumen aporta suficiente información sobre el contenido del capítulo. <ul style="list-style-type: none"> • Expone el objetivo o propósito. • Enuncia el método de la investigación. • Enfoque teórico que sustenta el capítulo (opcional). • Principales resultados, discusión y conclusiones. • Palabras clave. 	De 0 a 3	2
Sustentación:		
14. La introducción contiene los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Sitúa adecuadamente el problema u objeto de estudio. • Se enuncian los referentes teóricos y estos son coherentes con los mencionados en los resultados y la discusión. • Se expone la justificación de la investigación. • Finaliza con el objetivo. 	De 0 a 4	3
Sustentación:		
15. La metodología enuncia y desarrolla: <ul style="list-style-type: none"> • Las variables o categorías de estudio. • El enfoque y alcance de la investigación. • La población y muestra o participantes del estudio. 	De 0-10	10

<ul style="list-style-type: none"> • Las técnicas e instrumentos de recolección de datos. • Las técnicas de procesamiento y análisis de datos. • El método que permite alcanzar el objetivo o propósito propuesto. 		
Sustentación:		
16. Los capítulos exponen los resultados de la investigación manera adecuada con el objetivo o propósito descrito.	De 0-10	9
Sustentación:		
17. La discusión analiza los resultados obtenidos a luz de los elementos teóricos asumidos en la investigación.	De 0-10	9
Sustentación:		
18. Las conclusiones de los capítulos son coherentes con el (los) objetivo(s) o propósito(s) y están fundamentadas en los resultados o con la(s) tesis presentada(s).	De 0 a 10	10
Sustentación:		
19. Selectividad: Los capítulos presentan aportaciones válidas y significativas al conocimiento del área desarrollada.	De 0 a 15	14
Sustentación:		
20. Las fuentes y las referencias son pertinentes y de calidad.	De 0 a 10	10
Sustentación:		
21. Normalidad: La investigación está organizada y escrita de forma adecuada para ser comprendida y discutida por la comunidad científica.	De 0 a 10	8
Sustentación:		
22. Los capítulos presentan elementos originales.	De 0 a 15	15
Sustentación:		
Calificación total	95	

V. SÍNTESIS EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PRODUCTO

Criterios	Rango escala (Puntos)
Publicable con pocas modificaciones	X
Publicable, pero el capítulo requiere modificaciones sustanciales y una nueva evaluación	
No publicable	

OBSERVACIONES GENERALES:

Una excelente obra científica. Muy necesaria para la actualidad.

Atentamente,



Ph.D. José Fernández Olivera
Doctor en Ciencias de la Educación

CERTIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD



Página 4 of 95 - Descripción general de integridad

Fuentes principales

- 0% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Publicación	Ian Jeffreys, Jeremy Moody. "Strength and Conditioning for Sports Performance", ...	1%
2	Publicación	A.M.J. Paterson, R.J. Bibb, R.I. Campbell. "A review of existing anatomical data cap...	0%
3	Publicación	dos Santos Bessa, André. "Exercício Físico Aplicado na Recuperação de Lesões do ...	0%
4	Publicación	da Rocha Alves, Joao Paulo. "Reabilitacao Apos Reconstrucao do Ligamento Cruza...	0%
5	Publicación	Qiu Han, Marco Gandolfo, Marius V. Peelen. "Prior knowledge biases the visual m...	0%
6	Publicación	Tiffany Enache, Yuri Yoshida, Vicky Saliba Johnson. "Proposed Criteria for Assess...	0%
7	Publicación	吳錫昆,羅世忠,吳鴻文,李新民,陳翰裕,游家源. "牽拉對僕...	0%
8	Publicación	Arnulfo Hurtado Cerón, Víctor Molina. "Formación profesional en educación física...	0%
9	Publicación	Pauk, Daniel. "Warm-Up and Stretching Practices in Soccer Players - A Survey Ana...	0%
10	Publicación	Chia-Feng Liu, Lindsey Aschbacher-Smith, Nicolas J. Barthelery, Nathaniel Dymen...	0%
11	Publicación	Carbonell Marques, angela. "Brechas de las Políticas Publicas y la Intervencion Pr...	0%

SELLO EDITORIAL FUNGADE

En los estudios del neurodesarrollo existe una expresión que es incómoda y, precisamente por eso, es honesta: la "lotería de la cuna". Nacer aquí y no allá. Crecer sostenido por determinados adultos y no por otros. Llegar al mundo en un hogar con acceso estable a alimentos nutritivos, calma emocional suficiente y disponibilidad de tiempo afectivo, o hacerlo en un entorno marcado por la inestabilidad económica, el cansancio acumulado de los cuidadores y la ansiedad diaria sobre qué se va a comer mañana. Esa primera configuración no es un detalle biográfico menor; inaugura rutas posibles del desarrollo cerebral, emocional y social.

En Córdoba, esa misma idea circula desde hace mucho con un lenguaje más íntimo y coloquial. Hablamos de los niños que "nacen con estrella" y de los que "nacen estrellados". Puede parecer una frase dura, pero en realidad encierra una lectura sofisticada: reconoce que el destino temprano de un niño o una niña no está solo en su biología, sino en la calidad de las condiciones que lo rodean desde los primeros días de vida. Reconoce, además, que esas condiciones no son neutras ni repartidas de manera equitativa en el territorio.



FUNGADE
SELLO EDITORIAL