

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil:

Guía para los equipos locales.

Chile Crece Contigo







Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

ISBN:978-956-326-037-3 Derechos Reservados. Chile Crece Contigo. Primera Edición. Diciembre 2012.

Índice



Presentación

Siglas y glosario

Introducción

Capítulo I: Neurociencias, desarrollo integral y el nuevo concepto de estimulación ChCC.

- I. Neurociencias y desarrollo infantil temprano.
- II. Desarrollo psicomotor normal y sus áreas
- III. El nuevo concepto de estimulación Chile Crece Contigo

Capítulo II: Descripción del desarrollo psicomotor, cognitivo y socioemocional por rango de edades

- I. Desarrollo psicomotor
- II. El desarrollo cognitivo
- III. El desarrollo socioemocional

Capítulo III: Las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil

- I. Objetivos de las modalidades de apoyo y sala de estimulación en el centro de salud
- II. Características de la población beneficiaria según el nivel de prevención en salud
- III. Características generales de cada modalidad según nivel de prevención en salud.
- IV. Complementariedad entre el trabajo de las modalidades
- V. Financiamiento

Capítulo IV: Aspectos administrativos de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.

- I. Categorías de resultados en evaluación del desarrollo en salud
- II. Población objetivo y programación de la atención en sala de estimulación y otras modalidades.
- III. Aspectos administrativos de la intervención según estado del desarrollo, edad y tipo de modalidad.
- IV. Ingreso a modalidades de apoyo y sala de estimulación
- V. Detección e intervención en casos de riesgo biopsicosocial
- VI. El equipo de profesionales de las modalidades de apoyo.
- VII. Seguridad y desinfección de materiales de juego en las MADI´s

Capítulo V: El proceso de intervención y trabajo en red de una modalidad de apoyo al desarrollo infantil

- I. Proceso de intervención en modalidad de apoyo
- II. Principios básicos para el logro de efectividad en las intervenciones MADI´s
- III. Supuestos básicos para el funcionamiento de las MADI´s.
- IV. Trabajo en red intra e intersectorial.
- V. Alertas de vulnerabilidad del niño(a), incluidas en el SRDM, acciones y sectores involucrados
- VI. Coordinación inter-sectorial

Capítulo VI: Insumos para intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo y la prevención secundaria de alteraciones en el contexto de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.

- I. Las intervenciones para la prevención secundaria de alteraciones en el desarrollo
- II. Insumos para las intervenciones para la promoción del desarrollo infantil

Capítulo VII: Detección, derivación y manejo temprano de alteraciones del desarrollo psicomotor según edad.

- I. Criterios para la derivación oportuna de niño(as) desde la atención primaria de salud al Servicio de Neurología Pediátrica.
- II. Detección y manejo temprano de alteraciones del desarrollo psicomotor según edad.
 - 1. Detección temprana de alteraciones del desarrollo psicomotor y recomendaciones de estimulación según edad, desde recién nacido(a) hasta los 12 meses
 - 2. Detección temprana de alteraciones del desarrollo psicomotor y recomendaciones de estimulación según edad, desde los 15 meses hasta los 5 años.

Capítulo VIII: Detección, derivación y manejo temprano de alteraciones del desarrollo del lenguaje según edad

- I. Las distinciones entre habla, lenguaje y comunicación
- II. La distinción entre el lenguaje receptivo y expresivo
- III. Características de los niños(as) hablantes tardíos
- IV. Detección de alteraciones del desarrollo del Lenguaje
- V. Evaluación del desarrollo del lenguaje en la modalidad de estimulación
- VI. Intervenciones para la estimulación de alteraciones en el desarrollo del lenguaje.
 - 1. Revise y mejore su interacción terapéutica con cada niño(a)
 - 2. Intervención individual en la modalidad de estimulación según edad.
 - 3. Intervención grupal en la modalidad de estimulación.
 - 4. Derivación efectiva de niños(as) con Déficit / Trastorno del lenguaje a Escuelas de Lenguaje
 - 5. Visitas domiciliarias en la intervención del lenguaje

Capítulo IX: Registro, monitoreo e implementación de las modalidades de estimulación.

- I. Proceso de implementación.
- II. Monitoreo de los datos Sala de Estimulación REM 2012.
- III. Registro de la atención en las modalidades de apoyo.
 - a. Registro Estadístico Mensual: REM
 - b. Sistema de Gestión de Convenios: SIGEC
 - c. Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo: SRDM

Capítulo X: Supervisión de la atención en las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.

Anexos

Referencias

Recursos web

Edición, autoría y coordinación:

Cecilia Moraga, Psicóloga, asesora técnica Unidad Chile Crece Contigo, Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, Ministerio de Salud.

Equipo de coautores:

Claudia Zamora, Psicóloga, asesora técnica Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social.

Paula Valenzuela, Terapeuta ocupacional, asesora técnica Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social.

Verónica Delgado, Médico Fisiatra, Hospital Carlos Van Buren y directora Centro de Rehabilitación Infantil Crias.

Sandra Contreras, Terapeuta Ocupacional Centro de Rehabilitación Infantil Crias, Sanatorio Marítimo de Viña del Mar y docente de pre y post grado.

Hilda Hernández, Kinesióloga especialista en Neurokinesiología, Magíster en Neurociencias, docente Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Elizabeth Fernández, Kinesióloga, docente Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Alejandra Marín, Kinesióloga, Especialista en Neurokinesiología, Docente Universidad de Chile.

Héctor Prieto, Fonoaudiólogo, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Viviana Venegas, Medico Neuropediatra Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

María Eugenia Araya, Fonoaudióloga, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Raúl Fernández, Licenciado en Fonoaudiología, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Katherine Quintana, Educadora Diferencial en discapacidad mental, Especialista en Desarrollo Infantil temprano y Psicomotricista, Magister© en Educación, sala de Atención Temprana comuna San Joaquín.

Felipe Arriet, Psicólogo, equipo nacional Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud.

Macarena Castillo, Educadora Diferencial, Depto. Salud Municipal de Traiguén, Araucanía Norte.

Patricia Peña, Educadora Diferencial, DSS Araucanía Norte.

Alfredo Peña, Psicólogo, gerente Chile Crece Contigo, Servicio de Salud Ñuble.

Rosalba Inzunza, E.U. Comité Infecciones Intrahospitalarias del Hospital Clínico Herminda Martín.

Mirna Parra, E.U. de Epidemiología de la Delegación Provincial Ñuble de la SEREMI de Salud del Bío Bío.

Pamela Soto, Nutricionista, Coordinadora PADBP, Hospital Comunitario de salud familiar de Bulnes.

Julia Sanhueza, A.S. Coordinadora Provincial de ChCC, SEREMI de Salud del Bíobío.

Nora Vargas, Orientadora Familiar, Servicio de Salud Ñuble.

Jorge Ojeda, Terapeuta ocupacional Servicio de Salud Chiloé.

Patricia Llanquitur, Enfermera, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Equipo revisor del documento:

Lucía Vergara, Enfermera, Coordinadora nacional Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud.

Andrea Torres, Trabajadora Social, Coordinadora nacional Chile Crece Contigo 2010 - 2012, Ministerio de Desarrollo Social.

Carlos Becerra, Médico, Jefe Programa Nacional de Salud de la Infancia. Ministerio de Salud.

Bárbara Leyton, Enfermera, Programa Nacional de Salud de la Infancia. Ministerio de Salud.

Heather Strain, Médico Familiar, Programa Nacional de Salud de la Infancia. Ministerio de Salud.

Carolina Castillo, Psicóloga, Programa Nacional de Salud de la Infancia. Ministerio de Salud.

Pilar Monsalve, Medico Familiar, equipo nacional Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud.

Jairo Castillo, Sociólogo. Encargado Nacional Fondos de Apoyo al Desarrollo Infantil Chile Crece Contigo. Ministerio de Desarrollo Social

Francisca Morales, Psicóloga, Encargada Área Desarrollo infantil Temprano, UNICEF.

Alejandra Cortázar, Psicóloga, consultora Área Desarrollo infantil Temprano, UNICEF.

Equipos de la red de salud revisores del documento:

Servicio de Salud Antofagasta: Yhanira Carvallo, Gerente ChCC; Verónica Fuentes, Ed. Párvulos; Pamela González, Ed. Párvulos; Pabla Flores, Enfermera.

Servicio de Salud Aconcagua: Maria Elena Davila, Enfermera; Katherine Lazcano, Ed. Párvulos; Fabiola Pizarro, Ed.

Párvulos, Karem Moya, Ed. Párvulos, Paola Núñez, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Metropolitano Occidente: Rosa Silva, Enfermera.

Servicio de Salud Metropolitano Central: Ximena Montecinos, Gerente ChCC; Derna Frinco, Enfermera; Aida Sepúlveda, Elizabeth Cubillos, Silvana Latorre, Liliana Yañez, Ana Luisa Rodríguez, Carolina Carrasco, Priscilla Bulos, Paloma Salgado, Marcela Santander, Soledad Toro, Sandra Palacios, Roxana Marín, Hilda Barra, Sandra Nieto, María Teresa Jara, Verónica Cassus.

Servicio de Salud Metropolitano Oriente: Diana Godoy, Gerente ChCC; María Paz Lavín, Matrona.

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente: Macarena Mayol, Gerente ChCC; Luz María Durango, Médico; Maria Dolores Barja, Ed. Párvulos; Karina Rivera, Trabajadora social; María Magdalena Aguilera, Kinesióloga.

Servicio de Salud Metropolitano Norte: Vanessa Naser, Gerente ChCC; Marcela Fuentes, Romina Reyes.

Servicio de Salud Metropolitano Sur: Bernardita Fernández, Matrona; Ana María Llaña, Ed. Párvulos; Sofía González, Ed. Párvulos; Macarena Bezanilla; Veronica Veliz, Encargada ChCC.

Servicio de Salud O Higgins: Victoria Mella, Gerente ChCC, Bianca Rojas, Matrona; Giselle Lira, Ed. Párvulos, Nataly Cortes, Matrona; Natalia Montecinos, Terapeuta Ocupacional; María Natalia Miranda, Enfermera; Carla Garrido, Ed. Párvulos; Paola Rebolledo, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Maule: Elizabeth Mejías, Gerente ChCC; Jessica Concha, Ed. Párvulos; Texi Rojas, Ed. Párvulos; Marta Muñoz, Matrona; Katherine Meza, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Ñuble: Francisca Durán, Enfermera.

Servicio de Salud Talcahuano: Alejandra Cabrera, Gerente ChCC; Yasna Torres, Coordinadora Red Comunal Ch CC; Elisabeth Herrera, Ed. Párvulos; Tamara Irribarra, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Osorno: Mónica Rosas, Gerente ChCC; Romina Donoso, Kinesióloga; Bárbara González, Psicopedagoga; Astrid Viviana Barría, Fonoaudióloga; Patricia Fuica, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Valdivia: Consuelo Peredo, Gerente ChCC; Guisela Borelli, Matrona; Carola Suazo, Ed. Párvulos; Katherine Sánchez, Psicopedagoga; Paola Segovia, Ed. Párvulos; Gloria Paredes, Ed. Párvulos; Carla Loyola, Ed. Párvulos; Ivonne Ibáñez, Ed. Diferencial

Servicio de Salud Aysén: Margarita Diaz, Gerente ChCC; María Pía Ahumada, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Magallanes: Verónica Yañez, Gerente ChCC; Lorena Vera, Ed. Párvulos; Natalia López, Ed. Párvulos; Daniela González, Ed. Párvulos; Gina Pérez, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Bío Bío: Sandra Toro Gerente ChCC; Marcela Matamala, Ed. Párvulos; Maribel Martínez, Ed. Párvulos; Ximena Barahona, Ed. Párvulos; Marcela Castillo, Ed. Párvulos.

Servicio de Salud Magallanes: Verónica Yañez, Gerente ChCC; Lorena Vera, Ed. Párvulos; Pamela La Paz, Ed. Párvulos; Ximena Cárdenas, Ed. Párvulos; Sara Olivares, Ed. Párvulos; Verónica Vergara, Ed. Párvulos; Pía Marcos, Fonoaudióloga; Vanessa Vera, Fonoaudióloga; Ximena Ruiz, Terapeuta Ocupacional.

Servicio de Salud Metropolitano Norte: Vanessa Naser, Gerente ChCC; varias educadoras; Marcela Fuentes, profesión; Romina Reyes, profesión.

Otros: Natalia López, Ed. Párvulos; Daniela González, Ed. Párvulos.

Presentación

En Chile, la evolución de la salud materno-infantil en los últimos 50 años es un interesante ejemplo de la interacción que ha existido entre las variables demográficas, ambientales, las políticas públicas y las intervenciones desde los servicios de salud.

De este modo, a partir de los años cincuenta se comenzaron a implementar políticas sanitarias, que lograron obtener en la década de los 80 y 90 un impacto positivo en la mortalidad y la desnutrición infantil. Este progreso ha sido atribuible, tanto a los avances del modelo biomédico como a políticas públicas que pudieron ser implementadas a través de acciones sistemáticas alcanzando altas coberturas. Estos avances se han mantenido en el tiempo y han llevado a nuestro país a ocupar un lugar destacado en América Latina y el Caribe.

Sin embargo, este contexto presenta nuevos desafíos en políticas públicas dirigidas a la infancia, puesto que si bien han mejorado los indicadores de morbi - mortalidad, queda una deuda pendiente en fomentar desarrollo integral, donde aún persisten grandes brechas de inequidad socioeconómica.

Dada la evidencia que el desarrollo cerebral es crucial durante los dos primeros años de vida -ya que es en esta fase cuando se sientan las bases para el desarrollo cognitivo, socio emocional, lenguaje, psicomotor y de estilos de vida saludables para el futuro- y considerando el mayor retorno económico que otorgan las intervenciones en primera infancia; es que el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo sustenta las modalidades de apoyo al desarrollo infantil tanto en el sistema de salud como en las comunidades.

En estos últimos cinco años se han abierto y reacondicionado diferentes modalidades de atención para el desarrollo infantil, tanto servicios itinerantes en lugares remotos y de difícil acceso, ludotecas para la provisión de material lúdico en préstamo a niños(as) y sus familias, servicios de atención en domicilio y salas de estimulación en los centros de salud o en la comunidad.

Estas orientaciones técnicas pretenden ser una herramienta para los profesionales y técnicos que trabajan con los niños(as), niñas y sus familias, para elevar y homogenizar los estándares técnicos de atención para todos los servicios de apoyo al desarrollo infantil integral.

Equipo Chile Crece Contigo Subsistema de Protección Integral a la Infancia

Siglas

ABE: Apoyo palmar con brazos extendidos

ASC: Apoyo sin codos

BSS: Búsqueda de sonido suave C MPB: Coordinación mano pie boca

ChC: Chile Crece Contigo
ChS: Chile Solidario
DSM: Desarrollo psicomotor

EEDP: Escala de evaluación del desarrollo

psicomotor

F/S: Fija y sigue la mirada

FFM: Fondo de fortalecimiento municipal FIADI: Fondo de Intervenciones de Apoyo al

Desarrollo Infantil.

FPS: Ficha de Protección Social

MADI: Modalidad de apoyo al desarrollo

infantil

MDS: Ministerio de Desarrollo Social

NEECT: Necesidades Educativas Especiales de

Carácter Transitorio

PADB: Programa de Apoyo al Desarrollo Biop

sicosocial

PRB: Pauta de riego biopsicosocial
REM: Registro Estadístico Mensual

SEREMI: Secretarías Regionales Ministeriales SIGEG: Sistema de Gestión de Convenios

SNC: Sistema nervioso central

SRDM: Sistema de Registro, Derivación y

Monitoreo

SS: Sonrisa social

SUF: Subsidio único familiar

TEPSI: Test de evaluación del desarrollo psico

motor

VDI: Visita domiciliaria integral

NEP: Taller de competencias parentales

Nadie es Perfecto.

GLOSARIO

Decúbito Lateral: Posición anatómica del cuerpo humano, en la que el cuerpo queda tendido sobre uno de los lados. Decúbito Prono: Posición anatómica del cuerpo humano, en la que el cuerpo se encuentra acostado boca abajo. Decúbito Supino: Posición anatómica del cuerpo humano, en la que el cuerpo se encuentra acostado boca arriba.

Massie Campbell: Escala de evaluación de apego en momentos de estrés (Autores)

Patrón extensor: Uso de la musculatura extensora en distintos movimientos o actividades.

Patrón flexor: Uso de la musculatura flexora en distintos movimientos o actividades.

Plano frontal: Es aquel plano que se orienta de manera vertical, de forma que dividen al cuerpo en anterior y posterior

Plano sagital: En anatomía es aquel plano perpendicular al suelo y paralelo al plano mediosagital, y que divide al cuerpo en mitades izquierda y derecha.

Plano transverso: Es aquel plano que se orienta horizontalmente, de esta manera dividen el cuerpo en zona inferior y superior.

Introducción

Acorde a la evidencia de las ciencias en desarrollo infantil temprano, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, ha fortalecido las prestaciones para la atención integral de la gestación, nacimiento y la vigilancia de la salud y del desarrollo durante la infancia. A través de los Programas de Salud de la Mujer y de Salud Infantil, el Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, apoya la labor de los equipos de salud y educación, y fomenta el trabajo en red para la atención de familias con niños(as) hasta su ingreso al sistema escolar.

Uno de estos lineamientos para el apoyo al desarrollo infantil han sido los fondos destinados a la atención de niños(as) con déficit, rezago o vulnerabilidades en su desarrollo integral. Así se han desarrollado intervenciones tales como ludotecas, atención de estimulación en el domicilio, estimulación itinerante y las salas de estimulación tanto en la comunidad como en el centro de salud. La gran variedad de estas modalidades de apoyo responden a la consideración de la diversidad geográfica, cultural y étnica de nuestro país.

Por otro lado, aunque en Chile tenemos excelentes cifras de morbilidad y mortalidad infantil, desde hace más de una década contamos con cifras relativamente estables en las mediciones en el desarrollo infantil, cuyos valores varían entre un 25 y un 30% de prevalencia para el rezago y entre un 5 a 10% para el retraso del desarrollo en los cuatro a cinco primeros años de vida¹. Asimismo, se observa en estas mediciones que los resultados de rezago y retraso, están significativamente relacionados con el nivel socio económico, reflejando mayores niveles de alteraciones en el desarrollo en los quintiles de menores ingresos.

Esta situación ha llevado que uno de las metas de los objetivos estratégicos del Plan de Salud de la década 2011 – 2020, sea la recuperación del rezago del desarrollo en un 15%, es decir, bajar la prevalencia desde un 25,2 % a un 21,4 %, cifra que va a orientar el máximo de los esfuerzos en salud y de la red comunal².

Por esta razón, las diferentes modalidades de apoyo al desarrollo infantil enfrentan el desafío de aumentar su efectividad en la atención de rezago, riesgo o retraso en el desarrollo para que todos los niños(as) chilenos alcancen su máximo potencial de desarrollo, bienestar y salud integral.

La oferta de las modalidades de apoyo se dirigen a ofrecer atención infantil directa y un especial trabajo con los adultos responsables del cuidado para que mejoren la calidad y frecuencia de las interacciones y promuevan el ambiente necesario para que cada niño(a) alcance su máximo nivel de desarrollo.

Este documento pretender guiar a los equipos locales en este proceso, entregando nociones actualizadas de desarrollo infantil, cuestionando mitos y costumbres que lo afectan, mejorando la calidad de las interacciones entre los niños y sus cuidadores, promoviendo espacios y experiencias en las que el niño(a) pueda explorar el mundo que lo rodea, desplegar su movimiento, entrenar posturas, ser protagonista de sus propios deseos, ideas y logros para el óptimo desarrollo e integración entre las áreas motora, social, emocional, cognitiva y de lenguaje.

1. Objetivos del documento

Entregar conocimientos y herramientas técnicas a los equipos del ámbito de la salud y redes comunales Chile Crece Contigo para la entrega de una atención de calidad a los niños(as) y sus familias en cada una de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.

- Entrega de nociones actualizadas de desarrollo infantil temprano normativo y de sus principales desviaciones.
- Entrega de nociones actualizadas de estimulación e intervenciones para el desarrollo infantil.
- Definir estándares de atención para los equipos en la atención a niños(as) con déficit en el desarrollo integral.
- Definir estándares de atención para los equipos en la atención a niños(as) con rezago y riesgo biopsicosocial para su desarrollo integral.

¹ Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2006, MINSAL.

² Plan Nacional de Salud 2011 - 2020, 2011, MINSAL.

- Definir estándares de atención para los equipos en la atención a niños(as) para la promoción del desarrollo integral.
- Fomentar el trabajo en red intra e interectorial.

2. Usuarios del documento

Esta orientación técnica está dirigida a todos los profesionales y técnicos que trabajan en los diferentes modalidades de apoyo al desarrollo integral infantil; educadoras de párvulos, kinesiólogos(as), psicólogos(as), terapeutas ocupacionales, educadoras diferenciales, fonoaudiólogos(as), especialistas en psicomotricidad, y técnicos(as) paramédicos. También para los profesionales que se encargan de la gestión de procesos de apoyo para las modalidades de atención, como gerentes de los Servicios de Salud, encargados regionales y comunales de Chile Crece Contigo y otros equipos de salud que realicen atención directa de niños y niñas.

3. La vigilancia a la trayectoria del desarrollo infantil

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, en conjunto con los Programas de Salud de la Mujer e Infantil, inserta actividades de screening de riesgo para la detección e intervención temprana de alguna dificultad en el desarrollo. De esta manera, la Escala Psicosocial Abreviada durante el embarazo chequea los factores de riesgo más importantes asociados a malos resultados de salud infantil y en el control de niño(a) sano, se detecta activamente el desarrollo psicomotor a través de test (actualmente Escala Neurosensorial, EEDP, TEPSI), depresión postparto (Escala Edimburgo) y alteración del vinculo (Massie Campbell). Estas acciones son de prevención primaria puesto que se está vigilando tempranamente la aparición de alteraciones. Asimismo, desde hace décadas que se realizan acciones de derivación a estimulación y/a especialista en los niños(as) que presentan dificultades en su desarrollo.

La inclusión del concepto de rezago en salud³, permitió que todos aquellos niños(as) con resultado final normal, pero con un área deficitaria, cuenten con un apoyo al desarrollo, para favorecer la nivelación integral en su desarrollo y prevenir déficit en el futuro.

Así mismo, ha sido un avance, que todos los niños normales pero con riesgo biopsicosocial, que se asocian a la alteración de su trayectoria del desarrollo futuro, sean derivados para la prevención de alteraciones futuras.

El desarrollo humano es un proceso complejo de crecimiento y diferenciación que se compone de varios dominios que están intrínsecamente relacionados. Existen diferentes definiciones del desarrollo infantil según el modelo teórico, los objetivos o el contexto de las intervenciones, pero para efectos del presente documento se considerarán cinco áreas; física, lenguaje, socio-emocional, cognitiva y de función ejecutiva, que se considera emergente y pertenece a estos últimos dos dominios.

El modelo holístico e interactivo de los condicionantes del desarrollo infantil 4 , describe la interrelación dinámica entre los factores del niño(a), con los familiares, la comunidad donde reside la familia (con toda la oferta de servicios) y el Estado (con las políticas públicas a favor del desarrollo infantil)

Ejemplos de políticas públicas promotoras del desarrollo son la expansión del descanso posnatal hasta los seis meses de vida y la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia.

Existe evidencia muy sólida que muestra un alto grado de acuerdo interdisciplinario en que el desarrollo humano temprano es una intrincada danza entre la naturaleza y la crianza, entre los genes y el medio ambiente.



Figura 1: Desarrollo cerebral basado en la experiencia

(Adaptado de Fields D. (2011), Kandel E., Schwartz J. & Jessell T (2000); McCain M, Mustard F & Shanker S. (2007), por McCain M, Mustard F. & McCuaig K. (2011)

El concepto de epigenética nos ayuda a comprender el desarrollo como producto de la dinámica interacción entre la predisposición genética y la experiencia. La crianza, la estimulación y la nutrición interactúan con la carga genética del niño(a) hasta "meterse dentro la piel", para esculpir y construir la arquitectura del cerebro, influenciando el aprendizaje, el

⁴ Pan American Health Organization 2001. Regional Strategic Plan for Health Promotion and Integrated Child Development. Working Document. September 2001. Washington DC.

comportamiento y la salud física y mental para el resto de la vida^{5,6}.

Así entonces el desarrollo individual está caracterizado por un aumento de complejidad de organización (por ejemplo; la emergencia de nuevas propiedades estructurales, funcionales, y competencias) en todos los niveles de análisis (molecular, intracelular, celular, organísmico) como una consecuencia de interacciones de las partes de una persona, y de interacciones entre el ambiente y la persona.

Por lo tanto, las discusiones pasadas durante décadas, sobre si el componente genético o el ambiental influían más en el desarrollo, han quedado felizmente atrás. La meta actual es difundir este conocimiento para influir positivamente el desarrollo infantil mediante:

- mejorar los ambientes del contexto de vida de los niños(as),
- pero por sobretodo, mejorar la calidad de las relaciones entre el niño(a) y los adultos a su cuidado;
 - las relaciones con sus figuras de apego,
 - las relaciones del niño(a) con los profesionales, técnicos y administrativos de las instituciones, salas cunas, jardines infantiles, centros de salud, hospitales, colegios y municipalidades.

La vigilancia del desarrollo en los tres primeros años de vida será esencial porque cualquier alteración en esta etapa tendrá un impacto negativo para el logro del máximo potencial de desarrollo infantil. Además, el retorno económico de intervenciones en estos años, es muchísimo mayor que intervenciones que se realizan en etapas posteriores⁷.

De este modo, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social a través de Chile Crece Contigo, se preocupa activamente no sólo de que los niños(as) chilenos estén sanos, sino que además puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo integral.

⁵ Traducción libre equipo ChCC: Gottlieb 1991, p.7 en Cichetti D, Vol I, p. 50 6 McCain M., Mustard F. & McCuaig K. (2011) 7 Carneiro y Heckman (2003)

Capítulo I:

Neurociencias, desarrollo integral y el nuevo concepto de estimulación ChCC.

Este capítulo contiene las nociones básicas de neurociencia que sustentan la enorme relevancia de fomentar el desarrollo infantil en forma temprana, además de una introducción al desarrollo infantil y el nuevo concepto de estimulación efectiva de Chile Crece Contigo.

I. Neurociencias y desarrollo infantil temprano.

A lo largo de las últimas décadas, se han producido impresionantes avances en la investigación en el área de las neurociencias, que han implicado cambios significativos en la manera en que se comprenden las bases biológicas del desarrollo cerebral y que tienen profundas implicancias para la realización de intervenciones efectivas en la infancia temprana.

A continuación se describen algunos de los hallazgos más relevantes y los conceptos más importantes de conocer en la actividad de las modalidades fundamentales en este ámbito:

¿Qué son las neurociencias?

En términos generales esta disciplina se orienta al estudio y análisis del Sistema Nervioso (SN), en donde los avances en las técnicas de investigación en los últimos veinte años han permitido conocer diversos mecanismos relacionados con el desarrollo y funcionamiento del SN y sus células (neuronas), los que a su vez tienen implicancias significativas en el aprendizaje, conducta y afectividad del ser humano.

De esta manera y dado que el desarrollo de conexiones específicas entre distintos tipos de neuronas con funciones especializadas determina fuertemente dichos aspectos, es que estos estudios se orientan a comprender cómo se van definiendo estas células y cómo se establecen y mantienen en el tiempo los patrones de conexiones entre ellas.

Asimismo, uno de los más asombrosos misterios del cerebro es la manera en que la actividad de estas neuronas lleva a la conducta, y de esta forma a la conciencia. El desarrollo del sistema nervioso incluye por lo tanto, procesos epigenéticos, en donde la influencia de las experiencias ambientales en la activación de genes específicos tiene un rol esencial.

En el cerebro humano, la "densidad sináptica" (la cantidad de interconexiones que se establecen entre las neuronas), es mayor en los primeros 3 años de vida, y va disminuyendo gradualmente hasta los 10 años, edad en que se alcanzan los niveles que se mantienen hasta la adultez.

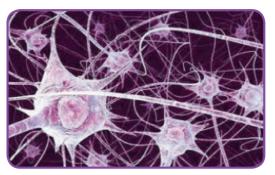


Figura 2: Densidad sináptica (Schechtman & Mizrahi, 2012)

Paralelamente, el grado de metabolismo asciende rápidamente hasta los 3 a 4 años, manteniéndose alto hasta alrededor de los 9 años, y declina a niveles de adulto al llegar a la adolescencia.

¿Qué ocurre cuando no existe estimulación adecuada en este período?

Cuando no existe una estimulación adecuada durante los primeros años de la vida, se producen alteraciones significativas en la cantidad y calidad de conexiones entre las neuronas, que se traducen en una menor capacidad del cerebro para poder funcionar adecuadamente y un nivel de desarrollo inferior en el niño o niña.

La mayor parte de las habilidades o hábitos no se "despliegan" o "aparecen" simplemente como parte del plan de la naturaleza, lo que sucede es una interrelación donde los genes y el medio ambiente actúan en forma simultánea.

¿Cómo influyen en este proceso la genética y el ambiente?

La evidencia es consistente en torno a la relación inseparable entre los factores genéticos y ambientales en el desarrollo del infante. Existen dos conceptos que ayudan a comprender la manera en que se expresa esta relación:

Maduración y Aprendizaje:

En el transcurso del neurodesarrollo estas dos funciones se despliegan paralelamente: La maduración se refiere a la evolución biológica de un individuo de acuerdo a un "plan" que está contenido en los genes traspasados por los padres durante la concepción del bebé. El aprendizaje por otro lado, es el proceso a través del cual nuestras experiencias producen cambios relativamente permanentes en nuestros sentimientos, pensamientos y comportamientos.

¿Cómo funciona este proceso?

Por un lado, los genes esbozan un esquema básico del cerebro y la estimulación del medio ambiente, sea por ejemplo la luz que entra por el ojo hacia la retina o la voz de la madre que llega por el oído y se transmiten hacia el cerebro, activa o inhibe genes, que afinan estructuras cerebrales antes y después del nacimiento⁹. El tacto y el contacto directo durante la infancia son importantes para establecer los circuitos neurológicos y el control/respuesta de dichos circuitos. Por otro lado, además de la complejidad estructural del cerebro, está la complejidad de los sistemas neuroquímicos. Las señales químicas que median las sinapsis se llaman neurotransmisores y tienen también influencia significativa en la manera en que aprendemos, nos comportamos y sentimos.

Otros conceptos fundamentales:

1. Plasticidad neuronal:

Se define como "la capacidad del cerebro de responder y reorganizar su estructura y/o funciones frente a perturbaciones o daños que lo afecten" Esta plasticidad tiene su período de máxima expresión durante los primeros años de la vida ya que el cerebro se encuentra menos "especializado". Esto quiere decir que las neuronas de una zona pueden reorganizar sus funciones y conexiones para cubrir las tareas de otras (hay mayor multipotencialidad). Ello implica que la intervención y estimulación dirigida durante este período tienen una eficacia y efectividad mayores que en otros momentos de la vida y que la acción del ambiente que rodea al niño(a) es crítica para recuperar o aminorar las secuelas de daños o perturbaciones que haya sufrido este niño(a).

2. Períodos críticos:

Se refieren a pequeñas ventanas de tiempo en las que una parte específica del cuerpo es totalmente vulnerable a la ausencia de estimulación. Esto quiere decir que si el niño(a) no recibe estimulación del ambiente en este período, tendrá un deterioro irreversible en sus posibilidades para desarrollar de manera efectiva una determinada habilidad.

Investigaciones en animales y humanos han entregado múltiples evidencias respecto al impacto de la deprivación de estímulos específicos en déficits funcionales y anatómicos en diversas áreas sensoriales. Por ejemplo, se ha demostrado que la privación de luz en mamíferos recién nacidos produce atrofia irreversible en la retina y daño en las células de la corteza visual. Asimismo, estudios en bebés humanos nacidos con cataratas (un

3. Períodos sensibles:

Se refieren a ventanas de tiempo algo más amplias en donde el cerebro del niño(a) se encuentra altamente receptivo a los estímulos ambientales y en un momento privilegiado para el aprendizaje y desarrollo. Sin embargo, implica también un período de alta vulnerabilidad en el cual si el niño(a) no recibe estimulación adecuada, el logro de habilidades y capacidades se compromete de manera significativa. Esto quiere decir que existe aún posibilidad de adquirirlas pero ello va a requerir intervenciones cada vez más intensivas y especializadas que tendrán menores espacios de efectividad a mayor edad del niño(a).

Como se muestra en la figura a continuación, niños(as) que han sido sometidos a niveles extremos de negligencia en los cuidados y privación de estímulos cognitivos, sociales y afectivos, tienen importantes deterioros en la estructura y funcionamiento de su cerebro, en donde a los 3 años de vida ya se observan consecuencias dramáticas en este desarrollo que afectan y condicionan de manera significativa el aprendizaje, funcionamiento y adaptación posterior del individuo. 12 13 14 15



Figura 3: Diferencias desarrollo cerebral a los 3 años 16

Asimismo, como se observa en la figura a continuación, los períodos sensibles para la mayor parte de las habilidades esenciales para el aprendizaje y desarrollo del niño(a) se encuentran concentrados desde la gestación hasta los primeros 4 años de vida¹⁷. De esta manera, las acciones de estimulación en este período adquieren un rol esencial tanto en la promoción del desarrollo normal del niño(a), como en la recuperación precoz y efectiva de las alteraciones y déficits que puedan producirse.

tipo de enfermedad visual), han demostrado que aún cuando sean operados precozmente tienen menores niveles de agudeza visual en comparación con bebés sin esta condición y que el nivel de agudeza que alcancen depende fuertemente del tiempo transcurrido sin esta estimulación¹¹.

¹¹ Oates, J., Karmiloff – Smith, A. y Jhonson, M. (2012).

¹² Shore, R. (1996)

¹³ Siegel, D. J. (1999).

¹⁴ Lecannelier, F. (2009).

¹⁵ Eluvanthingal T. J., Chugani, H. T., Behen, M. E., Juha´sz, C., Muzik,

O., Magbool, M., et al. (2006).

¹⁶ Mehta, MA, et. al. (2009). 17 Shonkoff, J. y Phillips, D. (2000)

¹⁶ Mehta, MA

⁹ Hyman, S. (1999) 10 Kandel, E.R. (2000)

Desarrollo Cerebro Humano

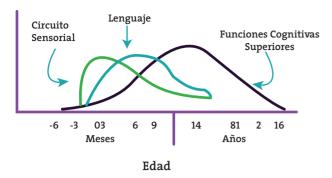


Figura 4: Períodos sensibles y desarrollo cerebral¹⁸

El término de los períodos sensibles no significa el término de la posibilidad de cambios en las neuronas o en la efectividad de las sinapsis (conexiones entre ellas) pero sí una mayor dificultad para ello.



Asimismo, los estudios también han mostrado asociaciones entre los factores de riesgo ambiental y la presencia de retrasos o rezagos en el desarrollo del niño(a). Como se muestra en la figura a continuación, existe un efecto aditivo en donde a mayor cantidad de factores de riesgo que afecten a un infante en sus primeros años de vida, existe una mayor probabilidad de que este niño o niña presente retrasos en su desarrollo y vea comprometido su potencial de aprendizaje posterior¹⁹.

Impacto de riesgos biopsicosociales en el desarrollo entre los o y 3 años.

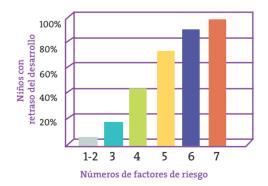


Figura 5: Factores de riesgo acumulativos y su influencia en el desarrollo infantil

4. Rol tóxico del estrés en el desarrollo cerebral del infante:

Durante el período entre la gestación y los 3 años de edad, el desarrollo cerebral se encuentra especialmente vulnerable a las experiencias estresantes crónicas o de alta intensidad que pueda tener el niño(a)²⁰.

En el campo de la neuroendocrinología también hay investigación concluyente, que demuestra que las experiencias estresantes desde la concepción hasta los 3 primeros años de vida producen una sensibilización especial de todo el sistema biológico que media la respuesta al estrés, el que al estar activado de manera permanente puede producir cambios en el funcionamiento del cerebro que afectarán el desarrollo del niño(a) a corto, mediano y largo plazo.

Las investigaciones en animales y humanos han demostrado que la exposición a niveles elevados y/o crónicos de estrés en este período, produce una hiper – sensibilización del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal²¹, el cual controla la liberación del cortisol, llamada también "la hormona del estrés" ²². Cuando este sistema se encuentra activado de manera excesiva en etapas tempranas, es mayor la probabilidad de que se provoquen cambios permanentes en el funcionamiento cerebral. Esto quiere decir que el cerebro "aprende" precozmente a responder de una manera patológica frente a situaciones de estrés, sea con un patrón de respuesta exagerado o excesivamente disminuido, y ello se mantiene como una tendencia a lo largo del ciclo vital.

Los estudios han mostrado que ello acarrea importantes consecuencias para el desarrollo de ese niño o niña y que existe una asociación significativa con la aparición de psicopatología y dificultades de adaptación a lo largo del ciclo vital, llegando incluso hasta la edad adulta²³. Se ha postulado además que existiría también una transmisión intergeneracional de este patrón alterado de respuesta al estrés, en donde estas dificultades pasarían de una generación a otra constituyendo un factor de riesgo adicional para la aparición de psicopatología en grupos vulnerables²⁴.

¿Cómo se observan estos patrones de respuesta alterada?

a) Patrón de respuesta exagerada:

El niño(a) reacciona de manera extremadamente intensa frente a situaciones cotidianas, de una manera

¹⁸ Fuente: Nelson 2000, From Neurons to Neighborhood. 19 Barth R.P., Scarborough A., Lloyd E.C., Losby J., Casanueva C., & Mann T. (2008).

²⁰ Gunnar, M.y Quevedo, K. (2006).

²¹ Gunnar, M. y Quevedo, K. (2007).

²² Anisman, et al, 1998 23 Heim, et al, 2008

²⁴ Lyons- Ruth, 2003, Meane, 2001 y Siegel, 2010

T

desproporcionada respecto al evento gatillante. Suelen observarse conductas de descontrol extremo, llanto inconsolable y extremadamente intenso, comportamientos considerablemente agresivos hacía sí mismo o hacia otra persona, entre otras. Es importante comprender que estas conductas no ocurren por una intencionalidad maligna en el niño(a), sino porque su cerebro ha aprendido a funcionar en un estado de alerta constante y ello es lo que provoca la aparición y mantención de este tipo de conductas.

b) Patrón de respuesta disminuido:

El niño o niña parece no interesarse por lo que ocurre a su alrededor y no reacciona frente a situaciones que le provoquen rabia, temor, pena, etc. Suelen verse como niños(as) ensimismados, con un bajo nivel de actividad y alerta, juego limitado y escasa expresión de reacciones afectivas positivas o negativas (risa, llanto, enojo, etc.). Se ha postulado que frente a experiencias crónicas de estrés tóxico, el cerebro aprendería a desconectarse de los estímulos externos e inhibir las respuestas conductuales sanas, como un mecanismo extremo de adaptación frente a un ambiente adverso en donde el niño(a) ha aprendido a no esperar ayuda o consuelo desde los adultos a su cargo. Es importante destacar que a pesar de que estos niños y niñas suelen impresionar como que no les pasa nada, tranquilos, que no molestan, etc., bajo la superficie y de la conducta visible, existe un niño(a) con dificultades significativas y que requiere con urgencia de una atención oportuna y sensible a sus necesidades.

En razón de todo lo anteriormente mencionado, la evaluación y detección precoz de los factores ambientales que constituyen riesgos para el desarrollo del infante se convierte en una acción esencial y de alto impacto. De la misma manera, la implementación oportuna de intervenciones integrales que aborden los riesgos pesquisados y potencien una adecuada estimulación ambiental, adquiere alta relevancia en tanto permiten mitigar o aminorar sus efectos negativos en el aprendizaje, conducta y afectividad del niño o niña.

II. Desarrollo psicomotor normal y sus áreas.

¿Qué es el desarrollo psicomotor?

El desarrollo psicomotor (DSM) se refiere a un proceso evolutivo, multidimensional e integral, en donde el infante va adquiriendo un conjunto de habilidades en forma progresiva y en una secuencia determinada, producto de la maduración del sistema nervioso central (SNC) y la relación del niño(a) con su entorno. Su objetivo es la adquisición de habilidades y respuestas cada vez más complejas, que permitan al niño(a) un grado cada vez

mayor de independencia y capacidades para interactuar con el mundo que lo rodea.

La evaluación periódica y sistematizada del desarrollo psicomotor durante los primeros años de la vida tiene como objetivo detectar oportunamente rezagos, riesgos o retrasos y posibilitar una intervención oportuna que evite su cronificación y permita al niño(a) alcanzar su máximo potencial de desarrollo.

¿Qué son los hitos del desarrollo?

Como hito del desarrollo se entienden aquellas habilidades que además del hecho de mostrar algo nuevo que el niño(a) puede hacer, marcan el haber alcanzado una determinada etapa y a partir de ella seguir construyendo la siguiente. El DSM es un proceso, por lo tanto los hitos no son hechos aislados que aparecen sin relación entre sí, sino que están todos íntimamente ligados. De allí que la alteración de un área específica tenga consecuencias no sólo en esa área del DSM, sino que también se refleja en las demás. Asimismo, es esencial considerar que:

- Los hitos del desarrollo no se logran en un único momento sino que se alcanzan y consolidan en períodos de tiempo. Por ello, no existe una edad única sino rangos de tiempo en los que la mayoría de los niños logran adquirir un hito específico (por ej. entre los 12 y 18 meses para la adquisición de marcha independiente)
- En este sentido, las acciones de estimulación no consisten en enseñar, entrenar o presionar al niño(a) para que logre un hito determinado (p. ej. hablar), sino en utilizar el ambiente físico y las interacciones cotidianas para que gradualmente el niño(a) vaya construyendo las bases necesarias para ello (por ej.: hacer sonidos, silabear, decir una palabra, decir una frase de dos palabras, etc.)

Cada acción que un individuo es capaz de realizar depende de determinadas estructuras y funciones de su SNC, por lo tanto a partir de ellas podemos analizar en forma indirecta cómo está funcionando ese sistema.

Al evaluar un niño(a) es necesario hacer una observación acusiosa, observar brevemente qué cosas hace en forma espontánea y de acuerdo a eso tratar de estimar su edad y buscar los hitos que debiera tener logrados. En otras palabras, si tenemos un niño(a) que está atento, toma objetos y los manipula, pasándoselos de una mano a la otra, quiere decir que tendría que estar en el 2º trimestre,

alrededor de los 6 meses de edad. Por lo tanto no es necesario buscar dirigidamente la fijación de la mirada o la prensión, porque el logro de estas habilidades está implícito en las anteriores.

Características generales del desarrollo²⁵

- 1. El desarrollo empieza en el período intrauterino.
- 2. El desarrollo está en una intrínseca interacción con el ambiente relacional (personas) y físico (casa, sala cuna o jardín infantil).
- 3. El órgano central del desarrollo es el cerebro, el cual evoluciona de manera crucial en los primeros tres años de vida.
- 4. Es un proceso continuo, muy acelerado en los primeros años, alcanza una madurez alrededor de los 25 años, sin embargo las siguientes etapas del curso de vida van requiriendo cambios y adaptaciones, los cuales a veces incluyen el deterioro de algunas funciones.
- 5. Este proceso refleja tanto continuidad (crecimiento gradual) como discontinuidad (crecimiento en fases o etapas), que implican la presencia de períodos críticos o sensibles para el desarrollo de algunas habilidades.
- 6. Es acumulativo.
- 7. Es dinámico porque a veces presenta estabilidad y a veces cambio.
- 8. Es variable porque no todas las áreas se desarrollan a la misma velocidad.
- 9. Refleja diferencias individuales porque aunque exista una repetición en las secuencias, existe una gama de diferencias individuales.
- 10. Refleja diferencias culturales, porque la cultura influye en las áreas del desarrollo.
- 11. Para su evaluación y estimulación se requiere un enfoque multidisciplinario.
- 12. Obedece ley de maduración céfalo-caudal, el dominio va desde la cabeza, tronco, hacia las extremidades superiores y luego inferiores.
- 13. Obedece ley de maduración **próximo-distal**, el dominio va desde partes corporales cercanas al tronco hacia las más distantes.
- 14. Va desde relaciones de gran dependencia hacia relaciones de mayor independencia.

Variabilidad en el desarrollo psicomotor normal y variantes no patológicas del desarrollo.

En el desarrollo de un niño(a) tanto la genética como el ambiente son importantes. En los primeros meses de vida prima la genética preprogramada, e identificamos en su conducta motriz mucha actividad refleja y movimientos generales del recién nacido. Esta actividad va dando lugar al desarrollo de motricidad más dirigida a un objetivo, la cual suele observarse más claramente hacia el cuarto mes de nacido.

Muchas características ambientales determinan las características individuales de cada niño(a). Por ejemplo un niño(a) nacido en una zona geográfica muy fría tendrá menos experiencias de jugar con su cuerpo desnudo que un niño(a) nacido en una zona más cálida, donde su madre le podrá brindar más momentos con zonas de su cuerpo descubiertas para que lo reconozca.

El estilo de crianza, la estimulación recibida, tener hermanos, la zona geográfica donde se vive y muchos otros factores impactarán en el desarrollo de un niño(a) y es por esto que cada uno presenta un ritmo propio de desarrollo individual, mostrando variantes en el desarrollo que son normales de encontrar.

Un ejemplo de variante es el gateo, si bien es bueno que un niño(a) gatee, ya que lo prepara para la marcha, muchos niños(as) no lo hacen, siendo un hito del desarrollo que puede no estar presente. Otro ejemplo de la variabilidad en los niños(as) es la edad a la que adquieren la marcha independiente, un porcentaje pequeño la alcanzan a los nueve meses, la gran mayoría al año tres meses y otro pequeño porcentaje al año seis meses.

Los dos ejemplos anteriores son variantes no patológicas del desarrollo, es decir diferencias que puede estar presente entre un niño(a) y otro. Distinto es la variante patológica, donde se observan conductas que se apartan claramente de lo esperado para la edad, o se realizan acciones rígidas o de una misma manera sin mostrar variabilidad, o es claramente diferente a lo que un niño(a) normal suele ser capaz de realizar.

La normalidad en el desarrollo se refiere a lo que realiza la mayoría de los niños(as) dentro de una población a determinada edad, considerándose habitualmente como mayoría el 90% de los niños(as). Esto implica que en el 10% restante habrá niños(as) que alcancen habilidades un poco antes o un poco después de lo que lo hace la mayoría, en donde es importante revisar en detalle si corresponden a casos de variantes no patológicas del desarrollo en donde se presenta la variabilidad individual mencionada previamente.

Las áreas del desarrollo integral infantil²⁶

Todas las áreas del desarrollo contribuyen al bienestar infantil a largo plazo²⁷, la separación de las áreas sirve para la categorización y observación, pero en la realidad se sobreponen e influencian mutuamente. En este esquema se resume a grandes rasgos lo que se espera para el desarrollo en cada una de las áreas; para lenguaje se han incluido algunas habilidades de alfabetización que se relacionan con el apresto escolar y el éxito académico posterior.

ÁREA FÍSICA ÁREA LENGUAJE 1. Habilidades motoras gruesas 2. Habilidades motoras fínas 2. Lenguaje expresivo 3. Sensorial 4. Estado de salud 4. Habilidades de alfabetización: apreciación de libros, conciencia 5. Prácticas y conocimientos de seguridad y salud fonológica, conceptos y convenciones gráficas y de apresto a la lecto-escritura. ÁREA SOCIO EMOCIONAL ÁREA COGNITIVA 1. Relaciones cercanas y seguras con adultos y pares. 2. Experimenta, regula y expresa sentimientos; social y culturalmente 2. Explora su entorno y aprende. 3. Autoconcepto y sensación de autoeficacia. 4. Bienestar emocional y conductual.

Figura 6: Esquema de las áreas del desarrollo integral infantil.²⁸

1. Área física

El área física cubre una gran parte observable del desarrollo y abarca parte del desarrollo psicomotor. Incluye las habilidades motoras gruesas y finas y los aspectos sensoriales, pero también se debe considerar el estado de salud del niño(a) con su crecimiento en peso y talla, así como las prácticas de seguridad ambiental, de autocuidado y conocimientos básicos de salud.

Dentro del desarrollo psicomotor se considera la adquisición de movimientos que promueven la movilidad individual. La edad y logros de secuencia de hitos motores pueden variar dentro de un grupo y entre diferentes grupos de niños(as); sin embargo, pese a las diferencias, casi todos los niños(as) sanos van a adquirir la capacidad de caminar y tener conductas más avanzadas como correr y saltar. Anteriormente se creía que los logros en el desarrollo motor estaban determinados sólo por la maduración del cerebro y sistema neuromuscular; pero investigaciones recientes indican la enorme influencia de otros factores, como lo son el crecimiento físico, practicas de los padres y madres, como cargarlos y darles la oportunidad para practicar sus habilidades emergentes, que contribuyen también a sus progresos motores.

Para los niños(as) pequeños, las habilidades motoras gruesas incluyen aprender a caminar, correr y para niños preescolares implica aprender a caminar en una línea, controlar movimientos en los juegos y saltar. A pesar de que la edad del logro de la mayoría de estas habilidades motoras gruesas no es indicativa del desarrollo futuro, un retraso en el logro de estas habilidades puede indicar la presencia de un déficit en el desarrollo motor.

Las habilidades motoras finas, como dibujar y escribir letras, implican coordinación mano – ojo y control muscular. La adquisición de habilidades motoras finas es significativa porque a través de ellas los niños(as) ganan una nueva vía para explorar el ambiente y estas habilidades contribuyen a desarrollar experiencias de éxitos³². Las habilidades motoras

²⁸ Adaptación propia desde varias fuentes, CHCC, 2012

²⁹ Adolph et al, 2003

³⁰ Kariger, et al., 2005

³¹ Kuklina, et al, 2004

³² Bushnell & Boudreau, 1993

finas incluyen habilidad para tomar objetos y sostener utensilios de comida. Para niños(as) preescolares pueden incluir sostener el lápiz, escribir y dibujar. Las dificultades persistentes en el logro de las habilidades motoras finas pueden indicar la presencia de problemas neurológicos o sensoriales.

2. Área del lenguaje

El desarrollo del lenguaje infantil empieza mucho antes que aparezca la primera palabra 33. Los indicadores tempranos del desarrollo del lenguaje son el balbuceo, apuntar y hacer gestos. Posteriormente, la emergencia de las primeras palabras y frases en los primeros dos años, conlleva a una explosión de palabras entre los años 2 y 3 34. Los indicadores del desarrollo de lenguaje del niño(a) preescolar incluyen la producción de palabras de parte de los niños(as) y el entendimiento de las mismas, su habilidad para contar historias, identificar letras, y su comodidad y familiaridad con los libros.

Evaluaciones estandarizadas han demostrado que el vocabulario infantil y el conocimiento de letras e impresiones al inicio de la entrada al colegio, predicen el rendimiento en lectura a lo largo de la etapa escolar. En culturas con historia de promoción de lectura, los niños(as) que tienen éxito en los test de lenguaje son aquellos quienes conocen un mayor número de palabras.

Las habilidades de lenguaje en niños(as) son críticas para el éxito escolar. No solo la lectura construye vocabulario temprano, ellos(as) necesitan comprender directrices de parte de sus profesores y ser capaces de comunicar sus sentimientos y pensamientos a otros. Al igual que el desarrollo cognitivo y socio emocional, el desarrollo del lenguaje depende de la estimulación del ambiente del hogar y de sus relaciones. Los niños(as) pertenecientes a un bajo nivel socioeconómico en Estados Unidos construyen más lentamente su vocabulario y hablan con menos palabras que niños(as) de más altos ingresos, en mediciones realizadas a la edad de ingreso a kínder³⁵.

Este patrón ocurre en parte porque ellos reciben menos habla directa y también porque el discurso que escuchan tiene menos riqueza en el léxico y complejidad en las oraciones, las cuales contribuyen para la construcción del vocabulario³⁰. Adicionalmente, se ha observado que en hogares de bajos ingresos, el discurso de los adultos es menos responsivo a las señales del niño(a), menos dirigido hacia los niños y menos utilizado durante momentos de atención y comunicación compartida³⁷.

Leerles a los niños tempranamente en su vida apoya el desarrollo del lenguaje, ya que este depende fuertemente de la exposición a palabras, libros e imágenes en el hogar y en las interacciones cotidianas. Por esta razón, aquellos niños(as) cuyos padres no están alfabetizados pueden desarrollar más lentamente el habla y con un menor vocabulario³⁸.

3. Área socio - emocional

El desarrollo social y emocional tiene implicancias para muchas áreas del desarrollo infantil integral³⁹. En los primeros años de vida, la mayoría del desarrollo social y emocional de los niños(as) se centra en la relación con sus cuidadores o figuras de apego⁴⁰. Durante esos años, los niños(as) aprenden cómo van a ser atendidos por otros y cuánto ellos pueden confiar en quienes le rodean. Aprender a explorar es una tarea fundamental para bebés y niños(as) y depende fuertemente de la seguridad que tenga el niño(a) en que sus cuidadores van a estar disponibles cuando los necesite. Esta "base segura" permite que una vez que el niño ha sido contenido y acogido, pueda sentirse nuevamente confiado para explorar y conocer el mundo que lo rodea.

En los primeros dos años, los niños(as) también adquieren estrategias tempranas para manejar sus emociones. Las relaciones cálidas y responsivas con sus cuidadores son esenciales para ayudarles a que aprendan a manejar efectivamente la rabia, frustración y el miedo⁴¹. Por otro lado los bebes y niños(as) sanos van a mostrar apegos preferenciales por sus cuidadores, se sienten curiosos por explorar objetos y espacios interesantes, y gozan con la iniciativa de realizar interacciones sociales y responder a ellas.

³³ Bloom, 1998

³⁴ Woodward & Markman, 1998

³⁵ Hart y Risley, 1995

³⁶ Hart y Risley, 1992; Hoff, 2003

³⁷ Tamis-LeMonda, Bornstein y Baunwell, 2001

³⁸ Fernald et al., 2006

³⁹ Saarni, Mumme y Campos, 1998

⁴⁰ Cassidy y Shaver, 2008.

⁴¹ Thompson y Raikes, 2006

En los años preescolares, el desarrollo socio emocional se expande para incluir competencias sociales de los niños(as) (interactuando), conducta colaborativa (obedeciendo directrices y cooperando con las peticiones), percepción social y empatía (para poder identificar pensamientos y sentimientos en ellos mismos y en otros), y habilidades de autorregulación (control emocional y conductual, especialmente en situaciones de estrés).

Todas estas habilidades son esenciales para que el niño(a) tenga éxito posteriormente en su inserción y desempeño escolar⁴². Los niños(as) que no logran distinguir sus propios sentimientos y pensamientos de los de otros están más propensos a presentar conducta agresiva y a experimentar rechazo de sus pares⁴³. Por otro lado, los niños(as) con problemas de conducta "internalizante" (caracterizada por depresión, conducta de aislamiento) y problemas de conducta "externalizante" (caracterizado por comportamientos impulsivos, agresivos o disruptivos) están más propensos a presentar dificultades en el colegio⁴⁴. Hay que considerar siempre que la ausencia de problemas de conducta "visibles" no debería ser interpretada como un indicador de bienestar socio emocional.

4. Área cognitiva

Comprende habilidades analíticas, resolución mental de problemas, memoria, habilidades matemáticas tempranas⁴⁵. La investigación demuestra que las habilidades cognitivas pueden verse afectadas fuertemente por la calidad del ambiente tanto como por la genética⁴⁶.

El desarrollo cognitivo de los niños(as) en los primeros años de vida depende de la calidad de sus ambientes tempranos y de sus relaciones con los cuidadores principales. Los niños(as) con padres y madres responsivos, y que han estado en ambientes estimulantes están más avanzados cognitivamente al inicio de la escuela que aquellos que viven en hogares menos estimulantes; los padres que interactúan frecuentemente con sus niños(as) promueven su desarrollo cognitivo, social y emocional. (op.cit)

5. Área de función ejecutiva (FE)

Este concepto es relativamente nuevo – desde hace 20 - 30 años – y nace de la investigación neuropsicológica de los efectos del daño al lóbulo frontal ⁴⁷. Mientras este campo está evolucionando aún, y las definiciones de FE son variables, hay un acuerdo general que las FE comprenden

habilidades fluidas o procesos comprometidos cuando una persona enfrenta una situación nueva, un problema o estímulo. Estas habilidades fluidas son distintas de la cognición cristalizada o conocimiento de información (como vocabulario) (op.cit). Dentro de los procesos relacionados con FE se encuentran: el control de impulsos, habilidad para iniciar una acción, habilidad para mantener la atención y persistencia para finalizar las tareas.

Las FE son frecuentemente clasificadas como una subcategoría de las habilidades cognitivas, a pesar de que en ellas están implicados tanto procesos cognitivos como emocionales. Los procesos de FE más cognitivos están relacionados con la región dorso lateral pre frontal de la corteza cerebral y han sido llamados "procesos fríos" -como el recordar reglas arbitrarias, y otros aspectos no emocionales de la tarea-. Los "procesos calientes" están relacionados con las regiones ventral y medial de la corteza pre frontal y describen aspectos más emocionales de la FE – aquellos que involucran inhibición o retardo de la gratificación (por ej.: poder esperar el turno para usar un juguete) 48.

Las raíces del funcionamiento ejecutivo están aparentemente en la infancia, y éste se desarrolla considerablemente en la infancia temprana al desarrollarse el lóbulo frontal⁴⁹. En niños(as) pequeños (más de dos años) algunos de los procesos más comúnmente citados como medibles son la memoria de trabajo (por ejemplo, retención de información en la mente por un periodo corto, como una serie de números); inhibición de conductas o respuesta tal como lo exige la situación o tarea (por ejemplo, no abrir una caja hasta que suene la campanilla o inhibiendo una respuesta que era previamente correcta pero que ya no lo es) por mantener la atención tanto como se requiere, o ser capaz de compartir la atención si fuera necesario (por ejemplo, cambiando el foco desde el color a la forma de un estímulo en un test).⁵⁰

El desarrollo de habilidades de FE permite a las personas adaptarse a contextos que siempre cambian y estas habilidades son indispensables para el éxito y bienestar en el colegio, el trabajo, y la vida diaria.

Una investigación reciente en Estados Unidos sugiere que el fomento de los procesos de atención en los años preescolares está asociado con logros académicos⁵¹. Asimismo, los efectos negativos del nivel socioeconómico en la preparación escolar infantil parecen estar mediados por procesos de atención, sugiriendo que ambientes de baja calidad afectan el desarrollo cognitivo en parte también

⁴² Thompson & Raikes, 2006

⁴³ Denham, et al., 2003

⁴⁴ Rimm-Kaufman, Pianta & Cox, 2000

⁴⁵ M. H. Johnson, 1998

⁴⁶ Shonkoff & Phillips, 2000

⁴⁷ Jurado & Roselli, 2007

⁴⁸ Hongwanishkul, Happaney, Lee & Zelazo, 2005

⁴⁹ Anderson 1998

⁵⁰ Carson, 2005

⁵¹ Ducan, et al., 2007

por la disminución de las posibilidades de los niños(as) de asistir a espacios de estimulación v/o educación inicial⁵². en donde se ejerciten estas habilidades.

Los componentes del funcionamiento ejecutivo pueden ser medidos en forma separada, pero suele ser más significativo medir la capacidad para integrarlos o coordinarlos para resolver un problema o alcanzar un objetivo⁵³. Las tareas que requieren el compromiso de múltiples procesos son considerablemente más difíciles que las que usan un solo proceso pero reflejan mejor las múltiples demandas de la vida diaria.

III. El nuevo concepto de estimulación - Chile **Crece Contigo**⁵⁴

Por estimulación se entienden todas las acciones dirigidas a favorecer el dominio gradual en el niño(a) de habilidades cognitivas, motoras, socio-emocionales y comunicacionales, a través de estrategias que permitan al niño(a) la exploración autónoma de un ambiente enriquecido (física e interaccionalmente), en donde encuentra estímulos apropiados para desplegar y consolidar sus capacidades, de acuerdo a su propio ritmo de desarrollo y sus características individuales⁵⁵.

La estimulación del desarrollo de Chile Crece Contigo se caracteriza porque:

- 1. Considera la edad del niño(a) y conoce los rangos de tiempo esperables para la aparición de hitos.
- 2. Conoce las características individuales del niño(a), rasgos iníciales de personalidad, estrategias de interacción con sus adultos y temperamento.
- 3. Considera al padre, madre, madre y cuidador como los principales agentes de cambio y valora la calidad del vínculo terapéutico con ellos y con el niño(a).
- 4. Entiende la estimulación como una actitud estimuladora del adulto que se va instalando en la interacción con el niño(a), no como un ejercicio mecánico que se le hace diez minutos una vez al día.
- 5. Comprende que una adecuada estimulación del desarrollo sólo es posible si la vida del niño(a) está libre de estrés tóxico, por lo tanto se debe detectar y tratar esta fuente de estrés, antes de insertar al niño(a) a un proceso de apoyo al desarrollo.
- 6. Toda la interacción con el niño(a) debe estar caracterizada por el buen trato.
- 7. Siempre se debe fomentar el bienestar socioemocional del niño(a), esta es la base para potenciar cualquier área del desarrollo. Por lo tanto uno de los pilares de la

estimulación es fomentar la calidad del vínculo de apego. sensibilidad de los adultos, competencias parentales, función de consuelo y juego interactivo.

- 8. Considera la modificación del ambiente del hogar para potenciar la exploración libre y segura, además del fomento de funciones ejecutivas en el desarrollo del niño(a).
- 9. Foco de trabajo estratégico en área débil del desarrollo. 10. Considera los conocimientos más actualizados en neurociencias.

De esta manera, son acciones de estimulación ChCC:

- Proveer un espacio seguro para la exploración libre del niño(a) y la ejercitación autónoma de sus habilidades en desarrollo, en donde el rol del adulto es animarlo, acompañar su exploración e introducir cambios en el espacio o materiales a medida que el niño(a) lo requiera.
- Poner a disposición del niño(a) materiales y objetos, permitiéndole "descubrir" por sí mismo el uso que tienen para él o ella (aunque no sea el mismo que para los adultos, p.ej: usar una cuchara como "avión").
- Observar la actividad libre del niño(a) e introducir en ella interacciones y/o materiales relacionados con lo que el niño(a) está realizando. (por ej.: si está intentando gatear, animarlo, ponerle algún juguete que pueda alcanzar si está haciendo sonidos, imitarlos, "hacer una conversación").
- Estar disponible para responder oportunamente a las interacciones del niño(a), sean verbales (gorjeos, vocalizaciones, palabras) o no verbales (gestos, expresiones, movimientos).
- Hablarle en relación con lo que el niño(a) está haciendo (por ej.: "¿encontraste una pelota?...parece que la quieres hacer rodar..." - "viste el pájaro... ¡mira qué alto vuela!)
- Intentar "ponerle nombre" a lo que el niño(a) está sintiendo (por ej.: "jestás haciendo rodar la pelota!, ¡parece que eso te puso contento!" - "se te cayó el juguete, ¿te asustaste con el sonido?...")
- Fomentar posición prona acompañada durante todo el primer año, desde que el niño(a) empiece el giro espontáneo, alrededor de los dos meses.
- Fomentar el lenguaje activo (sonidos, gestos, vocalizaciones) durante todo el primer año de vida donde el período sensible para el desarrollo de esta área está en su punto máximo.
- Desincentivar uso de aparatos no recomendables para el desarrollo (p.ej: andador).
- Valorar y reforzar los esfuerzos del niño(a), independiente del resultado "exitoso" de estos.

⁵² NICHD, 2003

⁵³ Welsh, Friedman & Spieker, 2006

⁵⁴ Moraga; C & Zamora, C, Eequipo nacional Chile Crece Contigo. 55 Thompson, P. (2006)

De lo anterior se desprende que NO son acciones de estimulación ChCC:

- Entrenar o enseñar al niño(a) en el uso mecánico y único de un objeto o material (por ej.: los cubos sólo para hacer torres, los lápices sólo para rayar, los autos sólo para hacerlos andar).
- Inundar o sobre-estimular al niño(a) con actividades, interacciones o materiales (p.ej: ponerle un montón de juguetes y dejarlo solo con ellos, pasarle un juguete tras otro sin darle tiempo a conocerlo, hablarle todo el tiempo sin darle espacio a que pueda responder)
- No responder a las interacciones del niño(a).
- Corregir directamente la exploración del niño(a) (por ej.: "no, así no se pone la figura, tiene que ir así" "los árboles son verdes, no se pintan de morado", "eso no se usa para subirse, se usa para sentarse").
- Corregir la pronunciación del niño(a) cuando está comenzando a hablar.
- Limitar la exploración del niño(a) por errores en la selección del material (pintura en un lugar que no se pueda manchar, entregarle material que se pueda romper o dañar).
- Transformar la sesión de estimulación en una sesión de educación.
- Presionar el logro de hitos del desarrollo: si el niño(a) no cuenta aún con la maduración requerida para dominar libremente un hito (por ej.: forzar a caminar, forzar a hablar, inicio precoz de control de esfínteres), el forzar su adquisición sólo logra insegurizar al niño(a) y provocar ansiedad y frustración en su cuidador.

Importante: Tanto guaguas, niños(as) y adultos pasamos por diferentes momentos durante el día. A esto se les llaman "estados de alerta" y es muy importante aprender a reconocerlos en el bebé y el niño(a) para favorecer la efectividad de las acciones de estimulación y el resguardo de las necesidades de descanso y consuelo, según se requiera.

¿Cuáles son los estados de alerta?



Importante:

Los momentos óptimos para estimular al niño(a) son en sus períodos de "alerta tranquila" Ninguna acción de estimulación es efectiva si provoca estrés en el niño(a). Es importante diferenciar cuando un momento de estimulación es **beneficioso** para el niño(a) y va **acorde** a su etapa de desarrollo. Para ello es útil estar atentos a reconocer cómo reacciona:

	Sub – estimulación	Estimulación	Sobre - estimulación
¿Qué se ve?	Somnolencia, escaso interés, impresiona aburrido(a) o más bien pasivo(a)	Atento(a), interesado en actividad, demuestra placer en lo que está haciendo.	Irritabilidad, rechazo, signos de displacer o estrés (llanto, rigidez, se intenta alejar, etc).
Nivel de actividad	Baja, ritmo lento, si realiza alguna actividad es más bien repetitiva.	Normal. Oscila fluidamente entre momentos de mayor y menor ritmo de actividad.	Aumentada, no logra centrarse en una actividad que disfrute, pasa de una a otra, ritmo más bien acelerado
Contacto con el ambiente	Miradas escasas, pocos sonidos y/o gestos. Cuerpo más bien lacio, no suele iniciar ni responder a las interacciones el adulto. No intenta tomar objetos o no realiza ninguna acción con ellos.	Contacto fluido a través de la voz, mirada, gestos al adulto, muestra objetos, etc. Interés activo por tomar objetos, jugar con ellos, inicia y/o responde a las comunicaciones del adulto	Conductas de rechazo o evitación de los juguetes o del adulto, (llanto, gritos, ponerse tieso, tirar objetos, etc.). Impresiona sobrecargado por la cantidad de estímulos a su alrededor.
¿Qué hacer?	Revisar tipo de actividad, intentar alguna que pueda ser más desafiante para el niño(a), hablarle, animarle. entusiasmarle con algún gesto u objeto de su preferencia, intentar una postura corporal que le sea más atractiva (p.ej: en vez de acostado ponerse frente a frente.)	Observar actividad del niño(a) e introducir pequeñas modificaciones cuando se le haga monótona. Mantener la actividad mientras sea placentera para el niño(a) (no significa que esté siempre riendo sino que está calmado, concentrado y aprendiendo nuevas cosas)	Bajar cantidad de estímulos ambientales (ruidos, juguetes, cantidad de personas hablándole al niño(a) etc.) Darle espacio físico (p.ej: si el adulto está muy encima del niño o está encerrado entre muchos juguetes o materiales a su alrededor.)

Capítulo II:

Descripción del desarrollo psicomotor, cognitivo y socioemocional por rango de edades

En este capítulo se describirán las áreas psicomotora, cognitiva y socioemocional del desarrollo normativo, según rango de edades. El área de lenguaje se tratará en el capítulo VIII.

I. Desarrollo psicomotor

En esta área se describirán los principales hitos del DSM, cómo van apareciendo mes a mes, cómo se evalúan y su relevancia. A continuación se muestra un esquema resumen por trimestres para facilitar la observación y la descripción posterior de cada rango de edad.

Primer trimestre		
Primer mes	Segundo mes	Tercer mes
Fija y sigue la mirada (F/S)	Sonrisa social (SS)	Apoyo simétrico de codos (ASC). En supino, cabeza en la línea media, alza extremidades superiores o inferiores.

Segundo trimestre		
Cuarto mes	Quinto mes	Sexto mes
Coordinación Mano – Mano Prensión dirigida – Boca (C MMB) Búsqueda sonido suave (BSS)		Apoyo palmar con Brazos Extendidos (ABE) Reconoce Permanencia del objeto Angustia de separación
Apoyo Unilateral de Codos (AUC) Risa sonora		

Tercer trimestre		
Séptimo mes	Octavo mes	Noveno mes
Coordinación mano - pie	Arrastre	Inicio Gateo
- boca (C MPB) Juego escondite Giro Coordinado Susurra Sedestación asistida		Desconoce Distingue continente de contenido
	Susurra	Lanza objetos con intención
		Duplicaciones de sílabas

Cuarto trimestre			
Décimo mes	Décimo y doceavo mes	Décimo y dieciochoavo mes	Doceavo y quinceavo mes
Gateo Sedestación independiente Entiende el NO	Marcha lateral Prensión en tenaza	Marcha libre	1ª palabra con intención Pinza fina

a) Descripción del desarrollo psicomotor por edades desde o a 15 meses

Primer mes

1) Fijación y Seguimiento visual (4 – 6 semanas):

Este hito es el primero que aparece alrededor del primer mes de vida y se refiere a la capacidad de fijar la vista en un objeto y poder seguirlo con la mirada si se desplaza lentamente.

Cómo se evalúa:

Estando el niño(a) en decúbito supino, mostrar un juguete llamativo a una distancia de aproximadamente 20 – 30 cm del niño(a) y moverlo lentamente en un ángulo de 45° a cada lado de la línea media. La respuesta positiva es que el niño(a) fija la mirada en el juguete y lo sigue con la vista al desplazarse. El juguete NO debe emitir sonidos, porque lo que queremos evaluar es la función visual y no debe "contaminarse" con la auditiva.

Qué implica:

- el niño(a) ve, por lo tanto y aunque resulte obvio decirlo, no es ciego.
- es capaz de interesarse en el medio que le rodea y por eso sigue el objeto, para no perderlo de vista. A partir de esta función óptica ocupará la visión para orientarse e investigar el medio y luego intentar explorarlo, es decir nos demuestra además, que está conectado con el medio.

Segundo mes

2) Sonrisa Social (6 – 8 semanas):

La sonrisa social se define como la capacidad de responder positivamente frente al acercamiento también positivo y afectuoso de otra persona, es decir lleva implícita la interacción con otros, sin necesidad de tocarlo, por lo que para buscarla, primero, se debe establecer contacto con el niño(a).

Es interesante como en las primeras semanas son muy intensos los reflejos orofaciales, el de búsqueda, puntos cardinales, succión y deglución, pero a partir de las 6 semanas disminuyen considerablemente los dos primeros. Desde el punto de vista evolutivo podría interpretarse como que en cuanto aparece la capacidad de sonreír, ya no requiere de los reflejos para asegurar encontrar la fuente de comida y también ser cuidado, sino quepuede utilizar la mirada y la sonrisa para interactuar con aquellos de los cuales dependerá su supervivencia.

El ver e incluso el sólo imaginar o recordar la sonrisa de un

niño(a) pequeño y más aún si existe un lazo afectivo con él, genera una sensación de agrado, que no es solamente "virtual" sino que también tiene una expresión a nivel de liberación de una serie de neurotransmisores y hormonas por ej. de prolactina, con lo que aumentará la producción de leche. Esta sensación de agrado probablemente se deba a un aumento en el nivel de serotonina. Si se piensa en la gran cantidad de cuadros de depresión post parto, y en la escasa disponibilidad de horas de especialista para su manejo, podríamos también maximizar los efectos positivos de esta interacción en tanto agente protector y/o terapéutico para la madre, y de paso contribuir a promover así la lactancia materna y sus beneficios.

Cómo se evalúa:

Estando el niño(a) en decúbito supino, acercarse hasta unos 30 cm de la cara y conversarle suavemente, sonriéndole. Se puede también, para darle mayor sensación de seguridad, afirmar de la nuca y con la otra mano a nivel esternal, de manera de contenerlo y darle estabilidad postural. La respuesta será una sonrisa, generalmente acompañada además de gorjeos y una expresión de toda la cara. Cabe señalar que los niños(as) son muy perceptivos de todo lo no verbal, de ahí que es muy importante que la expresión del evaluador sea auténtica, utilizando toda la cara y no una simple mueca bucal.

Qué implica:

- es capaz de interactuar con las personas y no sólo con el medio, por lo tanto es muy poco probable que tenga un trastorno de interacción, como por eje: autismo.
- ha existido una fase inicial de apego con sus cercanos que se reforzará a partir de ahora, desde el niño(a) hacia su madre, padre o cuidador.

Tercer mes

3) Apoyo simétrico de codos

Habitualmente al analizar los hitos del DSM sólo se considera lo más visible, las acciones que el niño(a) realiza, pero no se describe lo que ocurre con la postura o el control postural necesarios para realizar dichas acciones. Con esto, no se utiliza la información que puede dar el adecuado control postural o la alteración del mismo en relación a la indemnidad del SNC y su funcionamiento.

El control postural se manifiesta en todas las posiciones, pero dado que los decúbitos tienen diferentes funciones para el DSM, analizaremos los hitos de acuerdo a ello. La posición boca arriba o decúbito supino tiene como objetivo lograr la función manual y el lenguaje, en cambio

П

la posición boca abajo o decúbito prono, la de establecer puntos de apoyo bien estructurados que permitan el enderezamiento y posteriormente la verticalización. En este marco son importantes 3 grandes hitos que son:

- el apoyo simétrico de codos
- el apoyo unilateral de codos
- el apoyo palmar con los brazos extendidos.

El apoyo simétrico de codos aparece alrededor de los 3 meses y tiene como puntos de apoyo los codos por su ángulo interno y a nivel del tronco la sínfisis púbica. Se forma así una base de apoyo triangular, que deja fuera los antebrazos y las manos, cabeza y las piernas y pies, que pueden moverse libremente ya sea para mirar alrededor, juntar las manos al centro y empezar a tocar cosas o empezar a juntar las plantas de los pies. El pliegue cérvico - nucal característico de los niños(as) más pequeños va desapareciendo y empieza a notarse el cuello.

Este hito implica el adecuado funcionamiento de las estructuras que controlan la postura y tono del tronco como es el cerebelo, los ganglios basales, la conexión de estos con la vía córtico-espinal. Pero también que el niño(a) ha sido puesto en decúbito prono, lo que le ha permitido ir desarrollando ese control postural.

Esta etapa coincide con la capacidad de mantener la cabeza en la línea media estando en supino y empezar a alzar los brazos alternando con las piernas, disminuyendo el pataleo propio de los primeros meses.

Cómo se evalúa:

Poner al niño(a) boca abajo y observar sus puntos de apoyo. Los brazos debieran marcar un ángulo de 90° con respecto al tronco. También se puede partir del decúbito supino e ir girando lentamente al niño(a) hasta llegar al decúbito prono, esto permite que vaya realizando los ajustes posturales necesarios para poder lograr un apoyo adecuado. Es también la forma de enseñarle a los padres como hacerlo en el hogar. No se debieran poner rollitos ni cojines bajo el tronco, porque entonces no es el niño(a) quien realiza el trabajo e incluso muchas veces se provoca una hiperextensión de la cabeza y el tronco.

Oué implica:

- Extensión de la columna cervical
- Constitución de una base de apoyo firme y segura
- Liberación de la cabeza, antebrazos y piernas

Cuarto mes

4) Coordinación Mano-Mano-Boca

Consiste en lograr, sobre la base de una postura estable, llevar ambas manos hacia un objeto que pende ante él, separando los brazos del cuerpo y juntándolos en la línea media. Paralelamente las piernas se mantienen alzadas y sostenidas contra la fuerza de gravedad, en ángulos de aproximadamente 90° en las articulaciones de la cadera, rodilla y tobillos. La cabeza está en la línea media, pero puede moverla libremente, es decir sin que el cuerpo se incline.

Muchas veces se piensa que para estimular al niño(a) es necesario sentarlo y no tenerlo acostado. Pero justamente este estar acostado sin apoyo, implica un mucho mayor esfuerzo que estar recostado sobre cojines.

Cómo se evalúa:

Dejar al lactante boca arriba, con poca ropa, idealmente sólo el pañal y camiseta (si está con body o pilucho que no esté abrochado) y ofrecerle un juguete en la línea media, a unos 20 cm de su cara, sin moverlo. La respuesta positiva es que el niño(a) alce los brazos y tienda las manos al juguete. Paralelamente alzará las extremidades inferiores como se describió más arriba. Una vez alcanzado el juguete, lo llevará a la boca.

Qué implica:

- Se ha alcanzado una estabilidad postural, con una base de apoyo firme, centrando el peso en el tronco a nivel de la línea media, dejando libre la cabeza, elevando los brazos y las piernas.
- Se ha alcanzado la línea media, en una postura simétrica y equilibrada.
- Hay una adecuada contracción entre la musculatura ventral y dorsal.
- El tronco está extendido.
- Los hombros y sobre todo las caderas están centradas (la cabeza femoral y humeral en sus respectivas cavidades articulares), hecho especialmente importante para los niños(as) con displasia de caderas.
- Al juntar las manos, es capaz también de juntar los labios y aparecen los sonidos labiales, como mmm, bbb, etc.

5) Apoyo Unilateral de Codos (4 – 5 meses)

Estando el niño(a) boca abajo empieza a liberar un brazo para poder alcanzar un objeto que le interese. Para ello debe desplazar el centro de gravedad hacia caudal, es decir

hacia las piernas y hacia el lado, a partir del logro del ASC de los 3 meses. Los puntos de apoyo serán entonces ahora un codo, el muslo de ese lado y la rodilla contra lateral, es decir la del lado del brazo libre.

Cómo se evalúa:

Estando el niño(a) boca abajo, mostrarle un juguete a unos 10 – 20 cm de sus manos, algo hacia lateral. El niño(a) liberará entonces un brazo del apoyo para ir a alcanzar el juguete. Si tiene un buen control postural, puede también mostrase a unos 10 cm de la superficie, de manera que tenga que no solo liberar el brazo, sino también alzarlo y con ello desplazar más aún el centro de gravedad hacia caudal y lateral. Pero si no tiene un buen control postural no se deben mostrar los objetos en alto, porque con ello el niño(a), si está atento e interesado en el medio, intentará igual buscarlo, pero a costa de una hiper-extensión que puede llevar a la rotación interna de brazos y a cerrar las manos.

Qué implica:

- Extensión de la columna
- Inicio de la disociación de cinturas
- Inicio de la disociación de ambos hemicuerpos, tanto para el apoyo como para la manipulación
- Desplazamiento del centro de gravedad

6) Risa Sonora o Carcajada

La risa sonora o carcajada aparece también alrededor de los 4–5 meses, es una risa melódica, cantarina, que al igual que la sonrisa, contagia alegría. Pero la risa no necesariamente es frente a otra persona, puede ser también por ej. con un movimiento, es decir no lleva implícita la interacción con otras personas. De ahí que muchos niños(as) autistas pueden mostrar risa, si bien más tarde de lo habitual, pero sólo algunos llegan a sonreír. Pensemos en el significado de estas palabras: me río de algo, pero le sonrío a alguien. En algunos de los niños(as) que desarrollan un trastorno de interacción, como el autismo, no sólo se produce un retraso sino también se invierte la secuencia de aparición de estos hitos.

Cómo se evalúa:

Estando delante del niño(a), establecer contacto y hacerle cosas graciosas, por ej., acercándose y alejándose de él/ella, conversándole, haciéndole muecas, moverlo, en otras palabras, jugar.

La respuesta es la risa, que probablemente irá creciendo (alargándose e identificándose) si el niño(a) está a gusto.

Qué implica:

Participación activa

- Conexión con el medio
- Capacidad de juego

Quinto mes 7) Prensión

Alrededor de los 4 meses el niño(a) empieza a llevar las manos al objeto en la línea media, pero a partir de los 5 ya es capaz de tomar dirigidamente y con intención algo que le llame la atención, con una sola mano y luego llevarlo al centro, a la línea media, para manipularlo con ambas manos. El tiempo que pasa entre que se le muestra un objeto y lo que tarda en tomarlo es cada vez menor, es decir su capacidad de análisis y reacción es cada vez más rápida. Este cambio se produce en buena medida porque las vías nerviosas se han ido mielinizando. La mano está cada vez más abierta, favoreciendo la oposición del pulgar.

Cómo se evalúa:

Poner un objeto llamativo frente al niño(a), a unos 15 cm de su cuerpo, de manera que si alza la mano, lo pueda alcanzar. No moverlo.

Qué implica:

- Adecuado control postural
- Simetría
- Coordinación óculo manual
- Disociación inicial en el uso de las manos
- Despliegue musculatura interósea

A medida que va pasando el tiempo se va perfeccionando la función prensora. Es así como a los 6 meses es capaz de soltar objetos y aparece la transferencia y poco a poco va dejando de tomar con la palma para tomar más bien con los dedos si los objetos son pequeños. Por último y alrededor de los 10 - 11 meses puede focalizar la prensión en el pulgar y el índice extendido, realizando la prensión en tenaza y uno o dos meses después logra hacerlo flexionando el índice y logrando la prensión en pinza. Dada la estrecha relación de la función manual con la orofacial, la prensión en pinza suele coincidir con la emisión de la primera palabra con intención.

8) Búsqueda de Sonido Suave

Un hecho muy importante que aparece también a los 5 meses es la capacidad de, no solamente percibir un sonido suave dentro de un ruido ambiente, sino también ser capaz de buscar de donde proviene, sin dejar o soltar lo que tenga en la mano y girando la cabeza y eventualmente el tronco en esa dirección.

ΤŢ

Esta es una capacidad que se va acentuando en los meses siguientes, para luego comenzar a declinar. En otras palabras, a medida que van pasando los meses va progresando la capacidad de percepción sensorial de los niños(as), siendo capaces de oír sonidos de muy baja intensidad, similar al adulto. Con el tiempo, no es que deje de escucharlos sino que empieza a discriminar y decidir si le interesa. Esto ocurrirá especialmente si el sonido es nuevo, desconocido y por ende potencialmente interesante.

Estamos inmersos en un mundo lleno de estímulos de todo tipo, en que primero debemos percibirlos para luego discriminar cuáles queremos, como parte del proceso de desarrollo. Aprendemos a qué corresponden los diferentes ruidos que escuchamos: el ladrido del perro, la sirena de la ambulancia, el silbato del policía, el ruido de los diversos electrodomésticos de una casa, los pasos de los padres o hermanos, las voces y conversaciones, etc. Es una gama tan grande de estímulos, que es imprescindible seleccionar los que queremos. Por ello es que la segunda etapa de este hito es justamente el no darse vuelta frente a cada sonido que escuche, no distraerse con cosas que ya conoce y al menos en ese momento no le interesen.

Una de las principales dificultades que muestra el niño(a) que tiene un déficit atencional es la incapacidad de dejar de prestar atención a todo lo que sucede alrededor, por lo tanto se dificulta su capacidad de concentración y aprendizaje ya que está constantemente distrayéndose con lo que pasa alrededor, sin poder focalizar la atención. Esta dificultad no surge entonces en el período escolar, sino que ya se inicia muy tempranamente. Hay muchas alteraciones que no son necesariamente curables, porque pueden tener una base orgánica. Pero si se inicia precozmente su manejo, las consecuencias de esas alteraciones se disminuirán considerablemente.

Cómo se evalúa:

Estando en una sala con ruido ambiente, se debe hacer sonar por ej. un papel primero a un lado y luego al otro de la cabeza del niño(a), por detrás de los pabellones auriculares, para que no lo vea. Debe ser un sonido único, no constante. No se requiere una sala especialmente adaptada.

Si el niño(a) no responde, se puede probar al revés, haciendo un silencio súbito por ej. apagando una radio y observando su respuesta.

Oué implica:

- El niño(a) escucha sonidos de baja intensidad
- Hay una adecuada diferenciación periférica y central en el área auditiva, que le permite distinguir de dónde proviene el sonido
- Hay una adecuada coordinación entre la función auditiva y motora, puesto que a partir de un estímulo sensorial se produce una respuesta motriz (integración áreas de tronco cerebral, vías y corteza temporal y frontal)

Sexto mes

9) Transferencia

Prácticamente todos los hitos del desarrollo tienen un opuesto. No basta con alcanzar una determinada función, sino que es necesario también poder no realizarla, en forma voluntaria. Son como las 2 caras de la medalla.

En el área prensora esto implica poder tomar objetos dirigídamente y con intención para poder manipularlos, pero también poder soltarlos a voluntad. Cuando se consigue esto, se logra dejar caer cosas y poder traspasar un objeto de una mano a la otra, hecho que aparece a los 6 meses y que coincide con el hito en prono del apoyo palmar con brazos extendidos, así como con la desaparición del reflejo de prensión palmar.

Cómo se evalúa:

Se le ofrece un juguete al niño(a) que pueda tomar y se observa si es capaz de soltarlo o pasárselo a la otra mano. Es importante diferenciar el traspaso real de una mano a la otra, de la fase inicial en que ambas manos se juntan al centro y una se suelta del objeto.

Qué implica:

- Función óculo manual adecuada para tomar el objeto
- Postura estable que le permite liberar una extremidad para realizar prensión
- Desaparición reflejo prensión palmar

10) Apoyo palmar con brazos extendidos

Nuevamente estando boca abajo y dado que ha mejorado su control postural, avanza también en su nivel de enderezamiento, esto es que se apoya con los brazos extendidos sobre ambas manos y para ello ha debido desplazar el centro de gravedad más caudalmente. Los apoyos estarán ahora en ambas palmas, con la mano abierta, desplegada, pulgar fuera y sobre las rodillas. La columna está extendida.

Cómo se evalúa:

Poniendo al niño(a) boca abajo, dejándolo que se acomode solo y ver cuáles son sus apoyos, cómo es su postura. En todas las posiciones, pero sobretodo boca abajo es muy importante que el niño(a) esté con poca ropa y/o esta sea suelta.

Qué implica:

Control postural, extensión de columna y simetría Desaparición reflejo de prensión palmar, que le permite apoyarse sobre la mano abierta

11) Reconoce

A los 6 meses el niño(a) es capaz de reconocer a sus cercanos y diferenciarlos de los desconocidos. Es la etapa en que empieza a dejar de ser tan "sociable" y suele mirar con cierto recelo a quien se le acerque. Si tiene un vínculo de apego seguro, bastará el sentirse cerca o que los padres lo miren para darle seguridad en enfrentar a personas desconocidas.

Cómo se evalúa:

Observar su reacción al entrar en la sala de evaluación o cuando el examinador se acerca.

Qué implica:

Es capaz de establecer relaciones con personas, distinguiendo personas conocidas de desconocidas. Vínculo seguro .

12) Permanencia del Objeto

Paralelamente es capaz de entender que si las cosas o personas desaparecen de su vista, éstas no dejan de existir. Es la etapa entonces en que busca algo que desaparezca de su vista o prueba dejando caer objetos al suelo para luego seguirlos con la vista y ver dónde cayeron.

Cuando la madre o persona que lo cuida desaparece de su vista, sabe que sigue existiendo. Y como ya antes ha aprendido que si llora, ella vuelve, empieza una etapa a veces bastante demandante por parte del niño(a) y agobiadora para la madre, que siente que no se puede despegar de él, surgen frases como "no me deja hacer nada", " ya no puedo ni ir al baño sola". Lo que se debiera hacer es justamente mantener estas pequeñas ausencias, de manera que el niño(a) aprenda que si bien desapareció, aparecerá en un período corto. De ninguna manera los padres debieran salir a escondidas o aprovechando que el niño(a) esté dormido, porque aumentarán esa sensación de inseguridad, ya que no se atreverá a dormirse por miedo a quedarse solo. Es importante también dejar claro que es una etapa normal del desarrollo.

Cómo se evalúa:

Se puede preguntar a los padres por la conducta del niño(a).

Para evaluar la permanencia del objeto se puede, estando el niño(a) por ej. en brazos de uno de sus padres, mostrarle un juguete, esperar que le llame la atención y luego dejarlo caer. La respuesta debiera ser que el niño(a) mire hacia el suelo, pudiendo incluso inclinarse para ir en su busca.

Qué implica:

Desarrollo cognitivo y afectivo en relación a la persistencia tanto de objetos como personas Vínculo

Séptimo mes

13) Coordinación mano - pie – boca

A los 7 meses surgen 3 hitos muy importantes y relacionados entre sí, pero los describiremos por separado para facilitar la evaluación., que son:

- la coordinación mano pie boca
- el giro coordinado
- la sedestación asistida.

Así como a los 4 meses logró llevarse las manos a la boca, en el marco de un patrón postural global, ahora logrará tomarse los pies, llevándoselos simultáneamente o por separado a la boca. La cabeza está en la línea media, el tronco extendido, el apoyo a nivel de la cintura escapular, lo que le permite alzar las piernas y llegar con los pies a la boca. Las caderas están en abducción y flexión máximas, los pies supinados. Estos se los toma con los dedos, ya no con toda la palma

Cómo se evalúa:

Dejar al niño(a) boca arriba, idealmente sólo con camiseta y pañal o simplemente desnudo, ideal es aprovechar el momento después de pesarlo. El niño(a) se tomará espontáneamente los pies y los llevará a la boca, llegando generalmente con el dedo gordo del pie a la boca. Cabe hacer notar que el hito consiste en llevar los pies a la boca, no la boca a los pies por ej. Si el niño(a) estuviera sentado, aquí más bien colapsa y caería hacia los pies.

Qué implica:

- Control postural adecuado y simetría
- Función prensora, ya no sólo puede tomar objetos sino que puede hacerlo a nivel digital
- , Máximo rango de movimiento articular en las caderas

14) Giro coordinado

A esta edad empieza también a ser capaz de traspasar con una extremidad la línea media. Desde el punto de vista neurofisiológico implica que puede "meterse con un hemisferio en el campo del otro". Al llamarle la atención un objeto lo sigue, ya no sólo con la vista sino también con la mano. Esto lo lleva a desplazar el centro de gravedad a través de la línea media y si continúa quedará boca abajo, primero con el apoyo de codos y luego con el apoyo palmar.

La columna está completamente extendida y es capaz de disociar el movimiento de la cintura escapular y pelviana. Al ir siguiendo con la mano un objeto la cintura escapular rota sobre el eje siendo seguida después por la cintura pelviana. Aparece el patrón cruzado, es decir en la medida que se extiende una extremidad se flexiona la contralateral.

Giro coordinado se le llama entonces a la capacidad de pasar voluntariamente de un decúbito al otro, pudiendo quedar en el decúbito lateral, disociando el movimiento de las cinturas. Una vez más es la ideomotricidad el motor para conseguir este nuevo hito, las ganas de alcanzar algo lo que lo lleva a moverse y enderezarse. Este es a la vez la primera forma de desplazamiento independiente, muchos niños(as) lo utilizan no solamente para cambiar de posición, sino también de ubicación.

Cómo se evalúa:

Estando el niño(a) boca arriba, mostrarle un objeto a un lado de manera que intente tomarlo con la mano de ese lado. Moverlo luego lentamente hacia la línea media y luego continuar, sin que lo pueda tomar, dejándolo luego, delante de él. No presionar al niño(a), darle tiempo para que pueda realizar los ajustes posturales que le permitan completar el giro.

Oué implica:

- Extensión del eje axial y rotación disociada de cinturas escapular y pelviana
- Integración de la función de ambos hemisferios de manera simultánea
- Patrón postural normal
- Desaparición reflejo de Galant

15) Sedestación asistida

El tercer hito de esta etapa es la sedestación asistida, es decir la capacidad de quedarse sentado si lo dejan en esa posición. La espalda está recta y las manos quedan libres para manipular y explorar los objetos. Sigue estando pendiente de lo que sucede alrededor y puede inclinarse

a buscar un objeto que le llama la atención, sin perder el equilibrio.

Cómo se evalúa:

Dejando al niño(a) en sedente se queda en esa posición, con la espalda recta y sin necesitar apoyo dorsal, tampoco se apoya con las manos hacia adelante.

Lo ideal para llevarlo a esa posición es estando el niño(a) en decúbito dorsal, se le ofrece una mano realizando una pequeña tracción, indicándole así que queremos que se impulse. Con la otra mano se afirma el muslo contrario, a nivel de la cadera. Se rota un poco el tronco hacia el lado, buscando que apoye el codo y luego la mano para impulsarse hacia arriba y llegar finalmente a la posición sedente. Con esto se consigue no sólo que participe activamente en el proceso, sino que vaya incorporando las reacciones protectoras laterales de los brazos, que le servirán cuando al estar sentado se desequilibre, para poder afirmarse y no caer.

Qué implica:

- Control postural y patrón postural normal
- Manipulación adecuada, transferencia
- Inicio de reacciones protectoras laterales
- Disociación de cinturas, si es que participa en la incorporación

Octavo mes

Es el primer desplazamiento en sentido antero-posterior, con un patrón cruzado y alternante y aparece alrededor de los 8 meses de edad cuando el niño(a) quiere ir a buscar algo que le llama la atención. Es muy común que se inicie hacia atrás y esto está dado porque el control de las extremidades superiores se produce antes que el de las inferiores. Esta etapa es bastante breve porque el roce que implica el contacto abdominal con la superficie hace que no sea una forma muy rápida de avanzar y requiere un mayor gasto energético. De ahí que rápidamente pasa a la etapa siguiente que es el gateo.

Cómo se evalúa:

Estando el niño(a) boca abajo, idealmente en el suelo, colocar un objeto que le llame la atención a unos 40-50 cm de distancia, de modo que si se estira no logre tomarlo con la mano, pero que no quede tan lejos como para que lo vea como algo inalcanzable. Es muy útil en esta etapa que los juguetes puedan rodar un poco, de modo que se desplacen, (que se le "arranquen")

Qué implica:

Control postural y patrón normal

- Patrón cruzado y alternante
- Descarga y transferencia de peso a través de la línea media y en oblicuo
- Buena función de manos

Alrededor de los 8 meses aparecen otros elementos, más bien del área de interacción y cognitivos. Así como ya aprendió que las cosas no dejan de existir porque no las vea o escuche, prueba también con su propio cuerpo. Es así como aparecen 2 hechos:

- Juego del escondite, el típico "ahí está, no está".
- Juega con su vocalización y empieza a susurrar, es decir a "hablar sin voz". Paralelamente presta también mucha atención cuando se le habla despacio o susurrando.

Noveno mes 17) Gateo (9 - 10 meses)

El gateo es un hito enormemente importante, no sólo desde el punto de vista motor. Se refiere a la capacidad de desplazarse hacia adelante, en un patrón cruzado y alternante, apoyándose en las palmas abiertas y las rodillas, con el tronco recto y la cabeza algo levantada, la boca cerrada y que surge cuando el niño(a) quiere alcanzar algo que está más lejos. Es el mismo patrón de la coordinación mano – mano – boca, pero ahora invertido y con movimiento.

Es una postura segura, simétrica, que aparece alrededor de los 9 – 10 meses, de diferente duración y cuya funcionalidad desde el punto de vista del desarrollo es múltiple.

Gateo debiéramos llamarle sólo al patrón descrito más arriba, todas las otras formas de desplazamiento: arrastre sentado, impulsándose con las piernas; gateo con una pierna doblada; el mismo arrastre; gateo sin alternancia y/o cruzamiento de las extremidades, son formas que aparecen generalmente cuando hay alteraciones de mayor o menor magnitud. Por ej. es muy común que los niños(as) hipotónicos, como los niños(as) con Síndrome de Down se desplacen sentados.

Algunas de las funciones del gateo son:

- Desplazamiento independiente
- Favorece la función manual, dado que al ir gateando va palpando diferentes superficies y tomando cosas de diferente tamaño
- Favorece la función de acomodación visual, ya que va mirando tanto lo que tiene a corta distancia como a lo lejos
- Al ir gateando, mueve la cabeza en diferentes

- direcciones, esto favorece la aparición de los movimientos laterales linguales, necesarios para la masticación.
- La flexo-extensión alternante de las piernas y el paso del gateo a la sedestación independiente implican el movimiento de la cadera en todos sus rangos, por lo que es muy útil en los niños(as) que han tenido displasia de caderas, en cierto sentido contribuye a modelar el acetábulo. Lo mismo sucede con la articulación témporo—mandibular y los movimientos laterales de la lengua y mandíbula.
- Refuerza la autoconfianza, al sentir que ya no depende exclusivamente de otros para satisfacer algunas necesidades de exploración.
- Refuerza el desarrollo del nivel cognitivo, cuando se mete debajo de sillas o mesas y debe desarrollar estrategias para salir de allí o de espacios reducidos por sí mismo.

Cómo se evalúa:

Dejar al niño(a) en el suelo, ojalá boca abajo y con juguetes que le llaman la atención a una cierta distancia. También se puede preguntar a los padres.

Qué implica:

- Patrón cruzado alternante, patrón postural normal
- Tono adecuado
- Buena manipulación
- Interés en el medio y en su exploración

18) Sedestación independiente (9 - 10 meses)

Casi en paralelo con el gateo aparece la sedestación independiente. Cuando el niño(a) alcanza un objeto al que llegó gateando, se detiene y pasando por la sedestación oblicua, llega a la sedestación por sí solo, para poder investigar y manipular el objeto alcanzado con la libertad de usar sus manos.

Cómo se evalúa:

Dejar al niño(a) en el suelo, que busque un objeto y observar si es capaz de sentarse, principalmente desde el decúbito prono, principalmente desde la posición del gateo.

Qué implica:

- Control postural
- Interés en el medio para explorar los objetos
- Realización de acciones con un sentido: busca algo que le llama la atención y luego lo analiza

19) Desconoce

Alrededor de los 9 meses ya no sólo reconoce, sino que ahora francamente desconoce. Al acercársele alguien que no conozca o que no vea con frecuencia, mirará serio y probablemente se pondrá a llorar. Es frecuente que incluso con los familiares, como los abuelos, si es que no los ve con regularidad, se ponga a llorar. En esta etapa la evaluación debe hacerse más bien "de lejos" o a través de los padres.

Puede ocurrir que los niños(as) que asisten a sala cuna no muestren este hito de manera tan marcada como uno que esté en su casa, ya que pueden estar más acostumbrados a ver más gente, pero igual mostrarán alguna reacción al acercarse un extraño. En niños(as) institucionalizados esto se extrema ya que están sometidos a múltiples cambios de cuidadores y por ello es importante enfatizar que la ausencia de reacciones frente a extraños señaliza un alteración en el desarrollo del apego que debe ser adecuadamente valorada. Este hito manifiesta la capacidad del niño(a) de tener las primeras representaciones mentales estables con significados personales.

Cómo se evalúa:

Observar la conducta o preguntar a los padres.

Qué implica:

- Desarrollo afectivo y cognitivo adecuado
- Existencia de personas con las que ha establecido un vínculo estable.

20) Noción Continente – Contenido

Alrededor de los 9 meses es capaz de distinguir y entender que puede haber cosas dentro de otras, mejora su capacidad de relacionar situaciones y espacios. Este hito es muy importante para actividades de la vida diaria como la alimentación, vestuario, control de esfínteres, etc.

Cómo se evalúa:

Pasarle una cajita con cubos u otros objetos que le puedan interesar. La respuesta positiva es que ya no le interese mayormente la caja, como habría sido en el mes anterior, sino que vaya directamente a intentar sacar las cosas de dentro.

Qué implica:

- Desarrollo cognitivo adecuado
- Si las logra sacar habla también de una buena motricidad, pues puede realizar la prensión en una situación o espacio de mayor complejidad.

Décimo hasta doceavo mes 21) Marcha lateral

Alrededor de los 10 – 12 meses ya no le basta con lo que tiene a ras del suelo, si no que le llama la atención lo que está más arriba. Es así como empieza a verticalizarse, traccionando en una primera etapa con los brazos para luego, cuando ya está maduro, impulsarse con los pies. Llega así a la posición bípeda y desde allí y afirmándose por ej. en los barrotes de la cual se desplaza hacia los lados. Aparece así la etapa de la marcha lateral, que es en la práctica, un gateo, pero en dirección vertical.

Cómo se evalúa:

Dejar al niño(a) en el suelo y poner juguetes interesantes en una superficie más alta, puede ser algo con lo que el niño(a) está jugando en ese momento y ponérselo más arriba. Observar si se para y cómo lo hace, luego correr un poco el juguete y dejarlo a una corta distancia para ver si se desplaza a buscarlo.

Lo ideal es que realice el proceso completo, pero no es infrecuente que dada la premura que tienen muchos padres en bipedestar a sus hijos, se haya saltado la etapa del gateo. Entonces podemos dejar al niño(a) parado y apoyado en una superficie y observar si se desplaza.

Qué implica:

- Control postural
- Disminución de la base de apoyo
- Verticalización
- Deseo de exploración del medio

Cada etapa del desarrollo es importante y necesaria, por lo que no hay que apurar ni saltar ninguna. Fomente que los niños(as) experimenten el prono frecuente, el arrastre, luego el gateo, la sedestación espontanea, la marcha lateral hasta lograr la marcha independiente, tanto tiempo como ellos lo requieran.

22) Marcha independiente (10 – 18 meses)

La capacidad de caminar solo, dada su complejidad, tiene un rango de edad de aparición muy amplio. Es así como puede ir desde los 10, incluso 9 meses, hasta los 18 meses, con un promedio de 14 – 15 meses. Se refiere a la capacidad de desplazarse en forma independiente, una vez más con un patrón cruzado y alternante. Inicialmente el niño(a) suele caminar con los brazos en alto, como apoyándose de algo, pero a medida que progresa su control postural, va bajando los brazos.

Cómo se evalúa:

Dejando al niño(a) en el suelo, observar si es capaz de dar varios pasos en forma independiente, sin apoyo y sin caerse.

Qué implica:

- Control postural adecuado
- Intencionalidad

23) Primera palabra con intención (12 - 15 meses

La o las primeras palabras con intención surgen en general cuando el niño(a) comienza a caminar, de ahí, una vez más, que sea tan importante evaluar el DSM en su conjunto y no parcelado. Es decir, un niño(a) que camine más tarde, hablará también más tarde. Pero no sólo es importante que diga algunas palabras con intención, sino que entienda lo que se le quiere decir. Es decir se involucra el área cognitiva.

Cómo se evalúa:

Se puede simplemente escuchar lo que el niño(a) dice o preguntar a los padres. En este último caso es importante diferenciar por ejemplo; cuando dice "mamá" se refiere sólo a la mamá o lo emplea para cualquier persona. Pueden incluso ser sonidos, pero que se refiere a algo en concreto, por ej. "guau" para el perro y no para cualquier objeto animado (persona o animal)

Qué implica:

Capacidad de vocalización con intención
Capacidad de comprensión del lenguaje hablado y su
utilización como herramienta de comunicación
Capacidad de asociar un determinado sonido con un
objeto o persona

En resumen podemos decir que el DSM es un proceso, determinado por la maduración del SNC y su interacción con el medio. Este desarrollo tiene una secuencia específica, por lo que no se deben saltar hitos o etapas, cada una es necesaria para la siguiente y cada hito tiene una función.

Las edades son importantes para determinar si existe una alteración, pero tal vez más importante que la edad, son la secuencia de aparición de los hitos y sobretodo la calidad de éstos.

El patrón postural, independiente de la edad, será a nivel de las grandes articulaciones, en rotación externa, abducción, alterando la flexión con la extensión y simétrico. En el primer trimestre las manos estarán entrecerradas, alternando el pulgar fuera o dentro.

b) Descripción del desarrollo psicomotor por edades desde un año y medio hasta los 4 años.

A lo largo del primer año de vida y hasta conseguir la marcha independiente, la función prensora fina y la primera palabra con intención, todos ellos producto del proceso de maduración del SNC y de la interacción del niño con el medio, se sientan las bases para el desarrollo futuro. Este va orientado a lograr mayor funcionalidad e independencia, permitiéndole al niño manifestarse cada vez más como una persona única, con capacidades, habilidades e intereses individuales.

Mientras mejor estructurados y firmes estén los cimientos del primer año, en todas sus áreas, mejor será el desarrollo futuro. En este marco es fundamental y tal vez la principal tarea de los padres, cuidadores y educadores de los niños(as), facilitar y aportar, en su justa medida, las condiciones y oportunidades que permitan al niño explorar y expresarse en todo su conjunto.

Áreas importantes de considerar son:

- 1.- Motricidad gruesa, que se refiere al manejo de su cuerpo en el espacio.
- 2.- Motricidad fina, como la expresión de la funcionalidad a través del adecuado uso de las manos.

1.- Motricidad Gruesa

Uno de los hitos importantes de esta etapa del desarrollo es la adquisición de la marcha libre, independiente. Esta se consigue en promedio alrededor de los 14 meses, pero hay niños que ya la logran alrededor de los 10 meses, en cambio otros la alcanzarán más cerca de los 18 meses. En ambos casos se trata de niños normales, con diferente ritmo y velocidad de desarrollo, siempre y cuando hayan respetado y cumplido los hitos previos a la marcha, por ej., sentarse por sí solos, gatear, pararse, etc. De ahí que es un error considerar de riesgo a un niño de 13 o 14 meses que no camina, porque está perfectamente dentro del rango normal. La comprensión de esta situación evitaría la derivación y sobrediagnóstico de un buen número de niños a los Servicios de Neurología y Rehabilitación.

Una vez aclarado este punto, podemos decir que en general se entiende por motricidad gruesa lo referente al desplazamiento y al manejo del cuerpo en el espacio. Esto implica por ej. el poder correr, saltar, trepar, subir y bajar escaleras, pedalear.

La aparición de cada una de estas habilidades requiere de un adecuado control postural, potenciando éste con otras funciones como el control visomotor, pero también y no menos importante con el factor emocional. Un

Π

niño que se siente seguro y capaz, se atreverá a explorar, buscará estrategias para solucionar los problemas que se le presenten. Aquí es muy importante la influencia de los padres o cuidadores y su conocimiento de las capacidades de sus niños, evitando frases como "cuidado, que te puedes caer", "no, así no, yo te lo hago".

Como las habilidades que van apareciendo son cada vez más complejas, no sólo en el ámbito motor grueso, sino también en las otras áreas, los rangos de edad en que aparecen son cada vez más amplios.

A modo de referencia, podemos enumerar algunos, especialmente aquellos considerados en los test de evaluación del desarrollo:

Habilidad motora gruesa	Edad
Saltar en el lugar	22 - 28m
Saltar sobre una línea	27 - 35m
Saltar sobre una franja de aprox. 20 cm	33 - 43m
Subir escaleras en paso infantil	15 - 20m
Subir escaleras en paso adulto	25 - 32m
Bajar escaleras en paso infantil	16 - 21m
Bajar escaleras en paso adulto	35 - 45m

Más importante que la edad en que aparece un determinado hito del desarrollo, es la calidad de éste y lo que implica. Por ej. cuando se le pide a un niño(a) que "de 3 pasos hacia atrás", se está probando entre otras cosas su capacidad de manejarse en el espacio, prescindiendo del control visual. Para ello debe haberse formado un adecuado esquema corporal, conociendo bien sus dimensiones y los objetos del entorno. Esta es una de las múltiples funciones del gateo.

2.- Motricidad fina.

En general se entiende como motricidad fina la expresión de la funcionalidad a través del adecuado uso de las manos. En rigor la función orofacial y con ella la motricidad lingual necesaria para la alimentación y sobretodo para el lenguaje, son también expresiones motoras finas y precisas.

Así como en el área anterior esta habilidad es propia y prácticamente exclusiva de la especie humana, aquí es el haber conseguido no sólo la prensión con toda la mano, sino la pinza fina, es decir la prensión oponiendo el pulgar y el índice flexionado. Esta habilidad es propia y prácticamente exclusiva de la especie humana

Es así como se van sucediendo habilidades como el poder sacar y meter objetos dentro de un recipiente, partiendo primero con objetos como cubos, juguetes, etc., para luego poder hacerlo con objetos más pequeños, que requieren mayor precisión, como la característica pastilla del EEDP. Si no ha conseguido el hito de distinguir entre un continente y un contenido, alcanzado en el IV trimestre, aunque no tenga alteración motora, no podrá realizarlo.

Empezará también a poder encajar objetos precisos, como armar puzles, para ello debe entre otras cosas:

- Reconocer continente contenido
- Haber logrado la prensión oponiendo el pulgar a los demás dedos. Un niño(a) con alteración motora podrá hacerlo tal vez empujando la pieza o tomándola en un patrón anormal, pero todo esto con mucha mayor dificultad y esfuerzo.
- Tener una noción de su cuerpo en el espacio, un esquema corporal inicial, que le permite movilizar otros objetos y calcular dimensiones.
- Estar interesado en el medio
- Reconocer la figura, poder fragmentarla y luego reconstruirla.

Viéndolo así, podemos entender que cada juego o actividad que realiza el niño(a) en esta etapa, por sencilla que parezca, requiere por un lado de todo el proceso previo del desarrollo psicomotor, en todas sus áreas y como por otra parte, a partir de ellas pueden evaluarse dichas áreas y detectar alteraciones.

Por esto y una vez más, más que fijarse sólo en la edad para valorar a un niño(a) hay que observarlo, analizando qué y cómo lo está haciendo, qué áreas están involucradas, por qué aparentemente podría estar atrasado, entre otros.

II. El desarrollo cognitivo

Los niños(as) desarrollan sus habilidades cognitivas en la primera infancia más que en ningún otro momento de su vida, y estas habilidades son los fundamentos sobre los cuales se construirá el aprendizaje.

Muchos estudios muestran una asociación inequitativa entre nivel socioeconómico y desarrollo cognitivo, cuya explicación es compleja. Algunos autores lo explican a través del nivel educacional de los padres, otros por la baja calidad de estimulación del ambiente del hogar, y otros a través del tipo de trabajo que realizan las madres (por ejemplo, la variación de tareas, el nivel de resolución de problemas)⁵⁶. Dada la comprobada sensibilidad del desarrollo en la infancia temprana a factores socioeconómicos y relacionales, es que se hace urgente tener un abordaje interdisciplinario de las familias para mejorar la calidad del ambiente de desarrollo.

56 Mercy y Steelman, 1982.

El desarrollo cognitivo es esencial para el desarrollo humano puesto que el desempeño académico de los niños(as) desde la etapa pre-escolar hasta la adultez está muy relacionado con sus habilidades cognitivas, y el desarrollo cognitivo temprano está a su vez fuertemente asociado con el funcionamiento futuro de ese niño(a) como adulto(a) dentro del mercado laboral, incluyendo la calidad del empleo y el nivel de salario.

Dos aspectos tempranos del desarrollo cognitivo parecen ser relevantes: las habilidades analíticas de enfrentamiento de tareas (resolución mental de problemas, razonamiento, pensamiento lógico, memoria, habilidades matemáticas tempranas, entre otras) y el nivel de atención que prestan a otros niños(as) o adultos mientras desarrollan tareas o actividades.

Lahabilidad para mantener la atención – tal como mantener el foco en una persona, un juguete o una actividad – es parte esencial del desarrollo cognitivo infantil. Una vez que los niños(as) crecen, la habilidad de mantener el foco de atención también mejora. Los niños(as) que manejan bien su atención están más proclives a obtener buenos resultados en el colegio y participar mejor en actividades. Ellos muestran tener niveles más altos de habilidades sociales y bajos niveles de problemas conductuales a lo largo de la vida⁵⁷. Los niños(as) cuyas madres reportan dificultades en la atención a la edad de 5 años, muestran una fuerte asociación con puntajes de lectura más bajos a la edad de 10 años⁵⁸. Buenos niveles de habilidades de atención temprana están asociados con niveles de éxito académico más altos y mejores salarios a la edad de 30 años. Por otro lado, bajos niveles de habilidades de atención en la infancia temprana han sido relacionados con problemas de conducta a largo plazo⁵⁹.

Atención conjunta

La atención conjunta es definida como periodos de tiempo en los que el adulto y el niño(a) están focalizados o atendiendo al mismo objeto o actividad. Durante la atención conjunta emergen respuestas continuas desde el adulto hacia el niño(a) con variados temas que se relacionan con algo que el niño(a) ha mencionado recientemente. Lo positivo de estas conversaciones es que están centradas en el interés infantil.

La atención conjunta incluye compartir la atención hacia un objeto o evento (por ejemplo, a través del uso de miradas alternadas), seguir la atención de otro (por ejemplo, siguiendo una mirada o un punto) y dirigiendo la mirada (por ejemplo, mostrando y apuntando hacia objetos o eventos). Algunos bebes realizan algunos

aspectos de atención conjunta (por ejemplo, seguir la dirección de la mirada del adulto a un objetivo visible) muy temprano a la edad de seis meses, pero la mayoría de los niños(as) despliegan todas estas habilidades entre los 9 y 12 meses.

Esta habilidad es esencial para el desarrollo cognitivo y emocional del niño(a); dificultades en el logro de la atención conjunta se han encontrado en niños(as) con trastornos del espectro autista en edad preescolar, ya que esta habilidad es esencial como fundamento para otras habilidades más complejas como juego simbólico y la teoría de la mente, las cuales se ven también afectadas en estos casos.

Teoría de la mente

La habilidad de inferir estados mentales, deseos, pensamientos, intenciones, motivaciones, recuerdos, y creencias, y usar esta información para entender y predecir el comportamiento de otras personas, es una de las cosas más esenciales que nos caracterizan como humanos. Esta habilidad es conocida como Teoría de la Mente y se desarrolla normalmente entre los 3 y 5 años de edad. 61

¿Cómo aprenden los bebés?

Aprendizaje por imitación: Cuando los cuidadores integran al niño(a) en actividades sociales, este va aprendiendo a internalizar la conducta de otras personas a través del aprendizaje a través de la imitación. Desde el nacimiento los bebés pueden imitar gestos de otros adultos. Durante el primer año de vida el niño(a) a través de la imitación aprende las formas de expresión de la comunicación humana como la mímica y gestos. Luego aprende sonidos y palabras, y a través del juego también entrena formas de conversación. También a través de la imitación el niño(a) aprende el uso funcional de los aparatos y procesos de la vida cotidiana. Cuando al niño(a) se le incluye en el máximo de actividades sociales se promueve en él una sensación de ser necesitado, valorado y una agradable sensación de confirmación de su pertenencia grupal.

Aprendizaje exploratorio: el niño(a) debe explorar intensivamente su medio para conocer los objetos, para esto explora y de detiene en la observación de objetos, de sus características físicas, y propiedades a través de una exploración lúdica. La propia experiencia del niño(a) lo lleva a la comprensión y aprendizaje. Otra vez el juego adquiere importancia esencial para el aprendizaje infantil. Los cuidadores deben entonces adaptar el ambiente del hogar para facilitar la exploración segura y libre de los

⁵⁷ Pordes y Strelitz, 2012 58 Feinstein y Duckworth, 2006

⁵⁹ Feinstein y Duckworth, 2006.

⁶⁰ Cicchetti, 1995b. 61 Cicchetti, 1995b.

objetos del ambiente, es esencial permitir que el niño(a) experimente por sí mismo los objetos, en vez de que el adulto le enseñe las características de las cosas. El rol del adulto entonces es asegurar que el niño(a) tenga oportunidades diarias de exploración, de objetos y ambientes adecuados a su edad, y a los intereses propios de su desarrollo.

Los bebes suelen explorar llevándose los objetos a la boca, el aprendizaje en esta etapa no es solo visual sino a través de la boca, labios y lengua, así el explora la superficie, forma, tamaño y consistencia de los objetos. A pesar de que los padres tengan dudas de las ventajas de la exploración a través de la boca por razones higiénicas, hay que promover este tipo de exploración y explicar a los padres sus beneficios para el aprendizaje y el desarrollo. Lo que los adultos si pueden hacer es facilitar objetos más adecuados para este tipo de exploración.

Otros modos de aprendizaje exploratorio útiles de promover y a veces para los padres difícil de tolerar es cuando empiezan a dejar caer objetos desde una altura, como la silla de comer; o bien cuando vacían cajones de los muebles o de la caja de juguetes.

A continuación una síntesis de las características del desarrollo según rangos de edad:

Edad	Características del desarrollo cognitivo ⁶²
2 meses	Reconoce y se calma al escuchar voces amables de sus cuidadores. Explora el ambiente con su mirada, atención y audición y mira rostros intencionadamente. Repite movimientos para ensayarlos y manejarlos.
4 meses	Sigue con su mirada un objeto o persona que se mueven delante de sus ojos. Cambia la mirada de un objeto a otro. Curioso(a) e interesado(a) en el ambiente y reconoce objetos y personas familiares. Empieza a tener cierta conciencia de que existen los objetos aun cuando no se puedan ver.
6 meses	Explora con las manos y la boca y toca y toma objetos que están a la vista. Observa objetos y se los intercambia de una mano a la otra y se los lleva hacia la boca. Observa atentamente actividades de su ambiente y encuentra parcialmente algunos objetos escondidos. Permanece más tiempo estudiando juguetes y observando que hacer con estos. Responde al juego "¿Dónde está?".
9 meses	Objetos que encuentra interesante los explora con todos sus sentidos (boca, vista, tacto, etc.) Busca un objeto escondido. Se esfuerza por tomar un objeto fuera de su alcance y deja caer objetos y observa como caen. Empieza a manipular juguetes haciéndoles hacer algo (por ejemplo, golpeando cubos entre sí) Inicia permanencia de objeto y reacciona frente a la presencia de personas extrañas o desconocidas.
12 meses	Explora objetos de muchas maneras diferentes: remeciéndolos, golpeándolos, tirándolos o dejándolos caer y empieza a explorar eventos con causa y efecto. Responde activamente cuando escucha música e imita gestos frecuentemente. Mira a la imagen correcta cuando esta es nombrada. Empieza a usar objetos correctamente (bebiendo de un vaso, secándose el pelo con secador, hablando por teléfono, escuchando una radio). Empieza a buscar objetos escondidos que encuentra interesantes. Inicio de pensamiento simbólico, apunta imágenes en libros en respuesta a señales verbales, domina la permanencia del objeto. Su lenguaje comprensivo o receptivo está más avanzado que su lenguaje expresivo verbal.
15 meses	Empieza a reconocer partes del cuerpo en sí mismo y en muñecas. Explora objetos de diferentes maneras (por ejemplo, sacudiéndolos, pegándoles, tirándolos y dejándolos caer). Busca objetos escondidos en varias ubicaciones. Reconoce la imagen de sí mismo en el espejo. Experimenta objetos con curiosidad y explora las posibilidades de su uso.

Usa objetos y herramientas.

Imita acciones en contextos diferentes

(por ejemplo, muestra un comportamiento en casa aprendido en el jardín infantil).

Muestra avances para acordarse de información sobre personas, lugares, objetos y acciones.

Clasifica activamente objetos en categorías más simples

(por ejemplo, el mismo color o la misma forma).

Identifica imágenes en un libro cuando se le pregunta "Muéstrame al bebe".

Realiza juego simbólico con juguetes y figuras (por ejemplo, alimenta animal de peluche). Este juego

simbólico suele estar más centrado en sí mismo.

meses | Consistentemente elige el pedazo más grande de su comida favorita (por ejemplo frutas).

Puede construir una torre en altura poniendo desde 2 a 5 cubos uno sobre el otro.

Iniciación a la lectura: Disfruta escuchar cuentos y poesías cortas y sencillas. Observa y manipula libros con imágenes. Reconoce personas, animales y objetos familiares en las imágenes de los textos.

Iniciación a la expresión creativa: se expresa espontáneamente con su cuerpo o imita gestos sencillos y movimientos corporales al escuchar música, al jugar y al usar implementos y vestuarios. Produce sonidos simples con su voz, su cuerpo y diversos objetos sonoros, espontáneamente o por imitación. Experimenta algunas posibilidades de expresión con materiales sencillos.

Realiza trazos espontáneos sobre papel.

Encuentra objetos aunque estén bajo 2 o 3 cubiertas o capas.

Clasifica activamente en dos categorías (por ejemplo, todos los autos y las muñecas).

Demuestra conocimiento que las cosas pueden ser contadas con palabras especiales para esto (por ejemplo, "uno", "dos", "tres").

Imita acciones de pares y adultos aun cuando hayan sucedido un tiempo o hasta meses antes.

2 Participa en juegos imaginarios usando acciones simples.

años Realiza juego de roles pequeños con muñecas y animales de juguetes.

Soluciona problemas simples en forma rápida (en vez de hacerlo a través de ensayo y error)

Usa habilidades recién aprendidas y desarrolla otras nuevas, no hay pérdida de habilidades.

Copia las acciones de los adultos (por ejemplo, aplaudir).

Completa un rompecabezas sencillo.

Comprende y recuerda órdenes de dos pasos.

Realiza trabajo mecánico con sus juguetes.

Relaciona el objeto que tiene en la mano o que ve en una sala con la imagen en un libro.

Juega juegos imaginarios con acciones y palabras (por ejemplo, como si estuviera horneando galletas o arreglando un auto).

Juega intensivamente "Como si..." él/ella fuera... algún rol.

Clasifica objetos por color y forma usando dos categorías (por ejemplo, todos los círculos azules y todos los círculos amarillos).

Completa rompecabezas de 3 a 4 piezas.

Puede usar apropiadamente palabras para contar hasta 3 o más objetos.

años Realiza muchas preguntas.

Iniciación a la lectura: Disfruta escuchar textos breves y sencillos y manifiesta preferencia por algunos de ellos. Recuerda algunos episodios de cuentos y relatos. Explora textos literarios, dando vuelta sus páginas. Reconoce personas, animales, objetos, acciones y símbolos familiares, en imágenes de diversos textos. Iniciación a la expresión creativa: Se expresa corporalmente mediante bailes sencillos, juegos de mímica y representaciones de situaciones de la vida diaria. Interpreta canciones sencillas, intentando seguir su ritmo y melodía. Experimenta posibilidades de expresión con algunos materiales plástico visuales. Realiza garabateo controlado y le asigna nombre a alguno de ellos. Intenta representar algunas figuras simples en relieve.

Nomina correctamente algunos colores y números e identifica dígitos escritos hasta 9.

Cuenta correctamente para determinar cantidades de más de 10 unidades.

Comprende órdenes de tres partes y oraciones largas (por ejemplo, "Ponga los juguetes en su caja y lávese las manos antes de la colación).

Enfrenta los problemas desde un solo punto de vista.

4 años Imagina que muchas imágenes poco familiares pueden ser "monstruos", frecuentemente tienen dificultad para distinguir entre fantasía y realidad.

Recuerda partes de una historia. Conoce su dirección.

Comprende el concepto de similar y diferente.

Realiza preguntas: usando ¿Qué...?, ¿Por qué...?, ¿Cuándo...?, ¿Cómo...?

Realiza juego de roles diferenciados, pero frecuentemente todavía consigo mismo; a las muñecas, a la tienda, a manejar autos.

Pensamiento egocéntrico y mágico.

Cuenta en voz alta o con sus dedos para responder la pregunta "¿Cuántos hay aquí?".

Puede resolver sumas simples hasta 5 más 5, de memoria o usando sus dedos.

Conoce las formas comunes y la mayoría de las letras del alfabeto.

Tiene una habilidad más avanzada para distinguir entre fantasía y realidad.

Comprende el tiempo del día, y los días de la semana.

Experimenta estrategias para resolver problemas aritméticos simples.

Tiene conocimiento sobre cosas de uso diario en la casa (por ejemplo, dinero, alimentos, electrodomésticos). Sabe que las otras personas tienen pensamientos (por ejemplo, "La mamá cree que yo estoy escondido bajo la cama").

5 años El juego de roles se pone más diferenciado: living de muñecas, juegos de suelo, imitando situaciones de la vida cotidiana. Otros niños son incluidos en el juego. Se realizan juegos constructivos con elementos y objetos, para armar cosas.

Iniciación a la lectura: Disfruta escuchar una variedad de textos literarios breves y sencillos como cuentos, poemas y trabalenguas, manifestando sus preferencias. Realiza descripciones a partir de información explícita evidente. Explora libros y otros textos impresos, buscando ilustraciones, símbolos, palabras y letras conocidas. Manifiesta interés en conocer el contenido de algunos textos escritos de su entorno. Identifica las vocales y su nombre. Reconoce que las palabras están conformadas por sílabas y distingue aquellas que terminan con la misma sílaba.

Iniciación a la escritura: Manifiesta interés por representar gráficamente algunos mensajes simples y ensaya signos gráficos con la intención de comunicar algo por escrito. Reproduce algunos trazos de distintos tamaños, extensión y dirección, y algunas letras y palabras intentando seguir sus formas. Iniciación a la expresión creativa:

III. El desarrollo socioemocional

Como se ha mencionado previamente, el desarrollo es un proceso multidimensional y los niños(as) crecen y se desenvuelven en un ambiente de relaciones, en donde la calidad de las mismas impacta significativamente en las posibilidades que tengan para alcanzar un óptimo desarrollo y desplegar todo su potencial.

Es por esta razón que los enfoques actuales de evaluación e intervención temprana consideran el desarrollo socioemocional de los niños(as) como un área de importancia fundamental para la promoción del desarrollo físico, psicomotor u otro, en donde la construcción de vínculos saludables y la detección e intervención precoz de alteraciones constituyen acciones esenciales en pos de un desarrollo realmente integral en el niño(a).

¿Oué es el desarrollo socioemocional?

Se entiende como todas aquellas habilidades y capacidades afectivas y relacionales, que un ni \tilde{n} o(a) va adquiriendo en función de sus experiencias y que le permiten entre otros: 63

- Desarrollar pensamientos, sentimientos y expectativas respecto a sí mismo y las personas que lo rodean.
- Desarrollar capacidades para confiar, relacionarse con otros, ser feliz consigo mismo y con los demás, sentirse eficaz y competente para lograr lo que se proponga a lo largo de la vida.

La importancia

Los estudios nos han mostrado que un adecuado desarrollo socioemocional en los primeros años se asocia entre otras variables con: ⁶⁴ ⁶⁵ ⁶⁶

- Un mejor desarrollo del lenguaje, pensamiento y habilidades sociales.
- Una mejor adaptación al ambiente pre escolar y escolar (mejores índices de desempeño académico, mayores conductas de cooperación en el aula, mayor disposición hacia el aprendizaje y mejores relaciones inter pares).
- Menores indicadores de problemas conductuales en etapa pre escolar y escolar:
 - Internalizantes: aislamiento social, apatía, ansiedad, cuadros depresivos y/o psicosomáticos, entre otros.
 - Externalizantes: comportamiento agresivo, hiperactividad, impulsividad, cuadros atencionales y/o conductuales, entre otros.
- Menores índices de deserción escolar y autoagresión en adolescentes, menor riesgo de consumo de sustancias, conflictos con la justicia, entre otros.
- Mayores índices de felicidad y bienestar general, incluso hasta la edad adulta.

Las experiencias tempranas tienen un profundo impacto en la manera en que percibimos el mundo que nos rodea y el tipo de relaciones que establecemos con las personas a nuestro alrededor. Este proceso se inicia desde la gestación y es en función de la calidad de las interacciones que un niño(a) tiene en sus primeros años, que se construyen los cimientos de su funcionamiento a lo largo de toda la vida.

A continuación se describirán algunos conceptos fundamentales del desarrollo socioemocional durante la primera infancia y aspectos necesarios de considerar en la implementación de intervenciones de promoción y prevención en este ámbito.

Conceptos fundamentales:

1) Apego

Durante las últimas décadas los hallazgos desde las investigaciones en apego nos han entregado una multiplicidad de evidencia en relación a su importancia en el desarrollo del niño(a) y su relevancia en relación con las acciones de evaluación e intervención en la primera infancia.

¿Qué es el apego?

Es un tipo especial de vínculo afectivo, específico hacia una figura cercana, que entrega seguridad y protección en momentos de estrés y vulnerabilidad $^{67.68}$

- Es una necesidad biológica tan importante como comer o respirar. Tal como la leche es esencial para que el bebé pueda crecer, el apego es esencial para que su cerebro pueda desarrollarse en todo su potencial.
- A pesar de que los vínculos de apego se siguen construyendo y consolidando a lo largo de toda nuestra vida, los **primeros años** son un período especialmente importante para su desarrollo.
- Un vínculo de apego seguro (sano o saludable) le entrega al niño(a) un "paragua protector", para enfrentar y superar de mejor manera los desafíos que se le presenten a lo largo de toda su vida

¿Cómo se construye el apego?

Para el adecuado desarrollo del apego, se requieren ciertas condiciones básicas, entre las más importantes es necesario que este vínculo sea ⁶⁹ 7°:

```
63 Johnston, K. (2011)
64 Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. y Collins, A. (2005)
65 Robinson, J. (2002)
66 Aguilar, B; Sroufe, L. A; Egeland, B y Carlson, E. (2000)
67 Bowlby, J. (1988)
68 Cassidy, J., y Shaver, Ph.R. (2008)
69 Lecannelier F., Hoffmann M., Ascanio L., Flores F. y Pollack (2008)
70 Lecannelier, F. (2009)
```

o

П

- Estable y duradero en el tiempo: el apego no se produce en un momento específico (por ej.: en el primer contacto piel a piel postparto) sino que es un proceso que requiere tiempo (meses e incluso años) para construirse y consolidarse.
- Específico: en condiciones normales los bebés se apegan a uno o dos cuidadores significativos (figuras de apego), que son las personas con las que pasan el tiempo necesario para construir esta relación y que le entregan la contención que necesita. Esto significa que cualquier separación prolongada (por ej., por cambio de cuidador, enfermedad, fallecimiento, otro), constituye una situación del vulnerabilidad para el desarrollo del apego y debe ser objeto de intervención precoz.
- Predecible y consistente: los niños(as) necesitan que los adultos a su cuidado reaccionen de una manera que sea relativamente parecida frente a las situaciones cotidianas en que experimentan malestar o estrés. (por ej., cuando llora), ya que la variabilidad en estas reacciones es extremadamente confusa para un niño(a) (por ej., un día tomarlo en brazos, al siguiente dejarlo llorar y al siguiente retarlo porque llora). Estas situaciones también constituyen factores de riesgo para el normal desarrollo del apego y son particularmente importantes de detectar e intervenir oportunamente en casos de depresión en el cuidador, consumo de sustancias, altos niveles de estrés parental u otras situaciones que puedan afectar esta predictibilidad.
- Centrado en la regulación del estrés del niño(a): Los aspectos esenciales del apego están dados por la búsqueda de contención y regulación en momentos de estrés o vulnerabilidad del niño(a) y la existencia de conductas de contención o regulación por parte de un adulto significativo. Por ello, este vínculo es diferente al cariño o afecto por sí solos y las acciones de evaluación e intervención en apego deben considerar estos aspectos específicos.

¿Qué se entiende por estrés en el infante?

Cualquier condición de malestar que afecta el equilibrio en su estado emocional y funcionamiento, entre las más comunes:

ſ	•	Hambre	•	Temor	•	Frustración
	•	Frío – Calor	•	Dolor	•	Incomodidad
	•	Soledad	•	Rabia		

Durante los primeros años el llanto es la señal de estrés más frecuente y fácil de identificar. Sin embargo, frecuentemente se pasan por alto otras señales menos visibles, que son igualmente importantes de atender oportunamente, entre ellas:

- expresiones faciales
- rigidez corporal
- inquietud motora
- conductas de búsqueda del adulto, entre otras.

¿Cómo se regula el estrés del niño(a)?

A través de todas aquellas conductas que la madre, padre o cuidador realizan para acoger, calmar y contener el malestar del niño(a) y permitir que vuelva a un estado de bienestar.

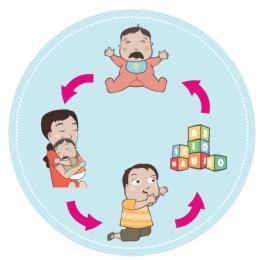


Figura 7: Regulación emocional a través del adulto.

Un niño(a) aprende a regular sus emociones a través de la experiencia de haber sido reconocido y contenido en sus estados emocionales por los adultos a su cuidado. Los niños(as) que son capaces de expresar y modular sus emociones adecuadamente son quienes han tenido a un adulto que les ha mostrado cómo hacerlo.

La calidad del apego depende en consecuencia de la efectividad de las respuestas del adulto a las señales de estrés del niño(a). Un niño(a) con apego seguro ha aprendido que puede expresar lo que necesita (consuelo, alimento, contacto físico, etc.) y confía en que su madre, padre o cuidador va a estar cerca y disponible para entregárselo de manera oportuna.

Mitos en torno a la crianza temprana que afectan el apego

Por otro lado, es muy importante conocer los mitos más frecuentes en relación con el apego y las señales de estrés de los niños(as)⁷¹, de manera de evitar transmitir recomendaciones erróneas a las madres, padres y cuidadores y perpetuar así prácticas de crianza que no sólo no favorecen el desarrollo del niño(a), sino que pueden afectarlo negativamente. Dentro de los mitos más usuales se pueden mencionar:

- Es bueno dejar llorar a las guaguas para enseñarles a manejar la frustración: Por el contrario, existe múltiple evidencia que ha documentado los efectos tóxicos del estrés crónico en el desarrollo cerebral del bebé (ver acápite de neurociencias). Por ello, el fomento y fortalecimiento de las acciones de consuelo oportuno y efectivo del llanto son parte esencial de las acciones de promoción del apego seguro y de cualquier intervención dirigida a ello.
- Las guaguas manipulan a través del llanto: dado lo previamente mencionado respecto a la función esencial del llanto como señal de estrés y dado que en sus primeros años los bebés tienen escasas posibilidades de pedir ayuda de otra manera, considerar esto como manipulación no sólo es erróneo sino que debe alertar la evaluación de la calidad del cuidado e interacción global en la díada.
- Es normal que una guagua no llore: en razón de lo mencionado previamente, la ausencia sistemática de llanto en situaciones de estrés constituye una señal de alerta, es un indicador de alteración en el desarrollo del apego (y en casos extremos también de posibles alteraciones neurológicas) y debe ser evaluada a la brevedad por el equipo de salud.

- la estimulación: Todos estos son momentos muy importantes y valiosos para la crianza y el vínculo, pero ninguno de ellos por sí solo garantiza un apego seguro. Asimismo, en condiciones normales ninguno de ellos debiese producirse en contextos de estrés: Insistir en estimular a un niño(a) en un momento de estrés no sólo no es efectivo sino que interfiere con el adecuado desarrollo del apego (por ej.: insistir en que la madre continúe el masaje de un niño que está llorando en vez de favorecer que suspenda el masaje y consuele el llanto)
- La madre, padre o cuidador "hace" apego con su hijo(a): En condiciones normales no son los padres o cuidadores quienes desarrollan apego con el niño(a), sino que es el bebé en el proceso de búsqueda de contención y regulación del estrés quien desarrolla un vínculo de apego con un adulto significativo para él.

Patrones de apego

Los patrones de apego o maneras prototípicas que tiene una persona para relacionarse con otras en momentos de estrés o vulnerabilidad, suelen estar más consolidados a partir de los 12 meses de vida. Es por ello que la evaluación y detección oportuna de alteraciones durante el primer año de vida constituye una herramienta fundamental para la intervención precoz de dificultades en el establecimiento de un apego seguro en el niño(a). Ello se realiza a través de una escala específica que se aplica en los controles de salud del niño(a) a los 4 y 12 meses 72 73, y un resultado alterado en ella constituye un factor de riesgo biopsicosocial y debe activar la alerta de vulnerabilidad y acciones de intervención correspondientes (ver cap. II).

2) Temperamento

Este concepto se relaciona con la consideración de las características individuales del niño(a) en relación con la manera en que perciben y reaccionan frente a los estímulos (internos o externos), los aspectos que les provocan placer o displacer y las maneras en que responden frente a las acciones de sus cuidadores⁷⁴. A pesar de que las evidencias respecto a las causas de que un niño(a) tenga un tipo de temperamento u otro no son aún concluyentes, se incluyen dentro de este concepto

⁷² MINSAL (2008) Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de o a 6 años.

⁷³ Ministerio de Salud – Universidad del Desarrollo (2011). Escala de apego durante estrés ADS-III.

⁷⁴ Rothbarth M. y Bates J.E. (1998)

las características "innatas" del niño(a), que pueden observarse incluso desde sus primeros días de vida. Dichas características tendrán implicancias para el cuidado y la crianza ya que según el patrón de reactividad del niño(a), se configura una mayor o menor dificultad para el adulto en sus cuidados, para poder estimularlos, consolarlos y también disfrutar de la interacción cotidiana con ellos. Asimismo, ello se expresa también en la afectividad de los niños(as), con bebés que suelen ser descritos como de "mejor" o "peor" carácter.

En este sentido, y a pesar de que algunas teorías clasifican a los niños(as) como de temperamento "fácil" o "difícil", los enfoques actuales se centran en la noción de "reactividad" frente a los estímulos, para explicar las diferencias que se observan en la conducta de los niños(as) (ya que lo otro suele malinterpretarse como actitudes "intencionales" de los niños(as)). En términos muy generales pueden clasificarse en:

Tipos de temperamento			
Hiporreactivos	Niños(as) excesivamente pasivos, con bajo nivel de alerta, no suelen buscar la estimulación y expresan señales de estrés de manera más tardía. Necesitan un adulto activo en la interacción afectiva y estimulación, y que se anticipe a lo que el niño(a) pueda necesitar (por ej.: alimento, fomentar cambios posturales, interacción cara a cara, etc.).		
Normorreactivos	Niños(as) que oscilan fluidamente entre niveles de mayor y menor alerta frente a los estímulos, de acuerdo a su edad y a las condiciones del entorno. Son capaces de buscar estímulos y explorar de manera autónoma y placentera. Expresan malestar pero también pueden calmarse con facilidad y volver al estado de bienestar previo. Necesitan adultos disponibles pero no suelen requerir adecuaciones muy específicas en las condiciones de cuidado cotidiano.		
Hiperreactivos	Niños(as) excesivamente sensibles a ruidos, sabores, luces, etc. Suelen tener niveles de alerta muy elevados, desregularse con pequeñas cambios en el ambiente y se sobre estimulan con facilidad. Por ello, necesitan adultos que puedan disminuir y modular la cantidad de estímulos ambientales, de manera que el bebé pueda adecuar su exploración. Asimismo, necesitan también adultos particularmente sensibles y efectivos en las acciones de regulación del estrés, ya que suelen ser también más difíciles de consolar y calmar.		

La consideración del temperamento del niño(a) y su patrón de reactividad es un factor relevante de incluir en el diseño y ejecución de los planes de estimulación, de manera de favorecer el desarrollo y la adquisición de nuevas habilidades, pero no realizar acciones que provoquen mayor estrés en el niño(a) y/o interfieran con sus ritmos y necesidades individuales.

La incorporación de los enfoques de procesamiento e integración sensorial, son una herramienta muy valiosa y efectiva en el trabajo de estimulación temprana en niños(as) con patrones de reactividad alterados⁷⁵.

3. Cuidado sensible

Este concepto se encuentra basada en los hallazgos de las investigaciones en torno a la relevancia en el desarrollo socioemocional infantil y en particular en el desarrollo del apego, de la capacidad de la madre, padre o cuidador de ser "sensible" a las necesidades del niño(a).

¿Qué se entiende por sensibilidad parental?

Alude a la habilidad de los padres para percibir las señales y comunicaciones implícitas de la conducta del infante, interpretarlas acertadamente y, en base a ello, responder de un modo apropiado y oportuno 76 . Involucra en consecuencia, todos aquellos patrones de conducta dirigidos a tranquilizar al infante, incrementar su bienestar y reducir su ansiedad y/o desinterés 77 .

De esta manera, son características de los cuidadores sensibles el que:

- Están disponibles para pesquisar las señales del niño(a) y realizan conductas concordantes con ello (por ej.: si el niño(a) intenta jugar con ellos, responde involucrándose en esta actividad; si está somnoliento realiza conductas que lo ayudan a quedarse dormido(a); si está excesivamente pasivo realiza conductas para llamar su atención y elevar su nivel de actividad, etc.)
- Ello significa también que "leen" las señales del niño(a) desde el punto de vista del niño(a) y no desde el deseo del adulto: p. ej.: si el niño(a) llora cuando la madre le pasa un juguete, no lo interpreta como un rechazo a ella sino simplemente como una señal de que el niño(a) necesita otra cosa (por ej.: que lo tomen en brazos).
- Estimulan al niño(a) cuando el momento es propicio y lo calman o regulan cuando lo requiere.
- Conocen las reacciones del niño(a) e incluso pueden anticiparlas (por ej.: sabe en qué situaciones el niño(a) suele ponerse nervioso, se mantiene cercano a él o ella o le hace saber que está disponible para lo que requiera, por ej.: "sé que venir al doctor no te gusta pero voy a estar a tu lado todo el tiempo")
- En resumen, son capaces de atender al niño(a), ponerse en su lugar y de acuerdo a ello realizar las acciones adecuadas a lo que el niño(a) necesita.

Como se observa en la figura a continuación, las características de un cuidado sensible exigen también ciertas condiciones del adulto y por ello se requiere considerar las características del cuidador y del contexto de cuidado e integrarlas a las intervenciones en este ámbito (por ej.: es muy difícil que el cuidador pueda ser sensible al niño(a) si se encuentra deprimido, viviendo una situación de violencia, en condiciones de habitabilidad precarias, sin red de apoyo, sobrepasado por la crianza de varios hijos(as), etc.). Por ello, al momento de diseñar y monitorear acciones de intervención en estos casos, se requiere considerar todo lo descrito en capitulo V respecto a la ejecución de acciones coordinadas en la red intra e intersectorial.



Figura 8: Condicionantes del desarrollo infantil

Capítulo III:

Las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil

En este capítulo se describirán las características más relevantes de las MADI's. El detalle de los aspectos administrativos y técnicos de las intervenciones que se realizan en cada una de ellas para la prevención secundaria del déficit y rezago; y para la promoción del desarrollo infantil serán descritos en capítulos posteriores.

Las modalidades de apoyo al desarrollo infantil consisten en servicios de apoyo al desarrollo infantil que se desarrolla con determinadas especificaciones y metodología, estas son:

- Servicio Itinerante
- Sala de Estimulación en sede de la comunidad
- Atención Domiciliaria
- Ludoteca
- Sala de estimulación del centro de salud*

*Para efectos técnicos las modalidades de apoyo incluyen la sala de estimulación del centro de salud, sin embargo; para efectos de financiamiento, rendiciones, supervisiones y modos de ingresos, la sala de estimulación se diferencia de las MADI´s. En este documento, se explicitará cuando se estén diferenciando.

Actualmente existen disponibles más de 500 modalidades distribuidas a lo largo del territorio nacional, con una cobertura anual aproximada de 84.000 niños y niñas ⁷⁸, por otro lado, en un catastro del año 2009 ⁷⁹, se contabilizaban aproximadamente 300 salas de estimulación en centros de salud. La cobertura de sala de estimulación en salud fue de 40.540 niños(as) atendidos en el año 2011 ⁸⁰.

Toda modalidad de apoyo al desarrollo infantil que pertenezca a la red de modalidades de Chile Crece Contigo, debe estar vinculada al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), independiente de si ha sido o no implementada en un espacio del Sistema de Salud, debiendo encontrarse claramente definido el flujo de referencia (derivación) y contrareferencia (retroalimentación) entre el PADB y la modalidad correspondiente, ver capítulo IV.

I. Objetivos de las modalidades de apoyo y sala de estimulación en el centro de salud

a) Objetivos de modalidades de apoyo al desarrollo

Objetivo general

Apoyar la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo a nivel comunal, a través de la oferta local de intervenciones adaptadas para una adecuada estimulación del desarrollo a fin que los niños(as) puedan desplegar al máximo sus potencialidades y capacidades.

Objetivos específicos

- Potenciar el máximo despliegue de las capacidades de niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial en su desarrollo, a través de atenciones directas focalizadas de acuerdo a un plan de intervención individualizado para cada niño(a).
- Facilitar la adecuada articulación de apoyos específicos que requieren niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial en su desarrollo.
- Apoyar a las familias, especialmente madre, padre y/o adulto responsable, de niños(as) en primera infancia, para la adecuada atención, cuidado y estimulación de sus hijos e hijas.

b) Objetivos de sala de estimulación en el centro de salud

Ofrecer intervenciones basadas en atención directa, a través de la modificación interaccional y ambiental; que fomenten la estimulación efectiva para el desarrollo integral de los niños(as) que presenten déficit o rezago en su desarrollo o alguna vulnerabilidad psicosocial que pueda asociarse a déficit en el desarrollo; así como también promover el desarrollo integral de toda la población infantil a cargo.

II. Características de la población beneficiaria según el nivel de prevención en salud

A continuación, se describen las características de la población beneficiaria según nivel de prevención en salud.

En cualquiera de los niveles de atención de la modalidad es posible, pertinente y recomendable realizar también acciones de promoción del desarrollo integral y salud infantil, que complementen y enriquezcan las acciones definidas en el plan de intervención del niño(a).

Niveles de Prevención	Población Objetivo
Prevención Primaria	Niños(as) con resultado normal en evaluación con test de desarrollo y sin antecedentes de riesgo biopsicosocial en pauta de detección (Anexo 1).
Prevención Secundaria	Niños(as) con resultado rezago en evaluación con test de desarrollo. Niños(as) con antecedentes de riesgo biopsicosocial según pauta de detección (Anexo 1).
Prevención Terciaria	Niños(as) con resultado Riesgo o Retraso (Déficit) en evaluación con test de desarrollo.

La urgencia de atención de las modalidades a los niños(as) se describe con mayor detalle en el próximo capítulo, pero se puede adelantar que va en el orden desde prevención terciaria, secundaria y primaria.

III. Características generales de cada modalidad según nivel de prevención en salud.

1. Servicio itinerante de estimulación

- Esta modalidad permite ofrecer experiencias de estimulación al desarrollo integral de niños(as) beneficiarios, que viven en lugares apartados y distantes del centro urbano de la comuna.
- Las experiencias de estimulación y planes de intervención se desarrollan en el espacio comunitario (por ej.: postas, salas o sedes comunitarias), donde acuden los niños y niñas beneficiarios del servicio.
- Debe organizarse en torno a un calendario estable de trabajo en terreno, similar a la modalidad de rondas médicas de salud.
- Puede considerar, de manera complementaria, la entrega de material educativo con recomendaciones o sugerencias de actividades para que los padres y madres realicen con sus hijos e hijas, en el periodo que transcurre entre cada visita de la modalidad. En este caso, debe considerar demostraciones prácticas (modelaje) de las actividades de estimulación recomendadas.
- Se considera como requisito para trabajar con monitores de la comunidad, que ellos sean capacitados por profesionales de salud y cuenten con la supervisión y asistencia técnica permanente de, al menos, un centro de salud que se vele por la calidad y pertinencia de la atención brindada.

Nivel de Prevención	PARTICULARIDADES ESPECIFICAS		
Prevención primaria	 Puede ser aportado por profesionales, técnicos o monitores calificados, que transitan por el territorio comunal y las localidades que se definen como beneficiarias de la modalidad. 		
Prevención Secundaria	 Puede ser aportado por profesionales, técnicos o monitores calificados, que transitan por el territorio comunal y las localidades que se definen como beneficiarias de la modalidad. Debe considerar una periodicidad de atenciones de al menos dos veces por mes. 		
Prevención Terciaria	Debe considerar atención profesional y una periodicidad de atenciones de al menos una vez por semana.		

2. Sala de estimulación en sede de la comunidad

- Esta modalidad está dirigida para zonas de alta dispersión y difícil accesibilidad del territorio, o de escasa o insuficiente oferta de apoyo al desarrollo infantil temprano. Es pertinente cuando existe demanda no cubierta por otro servicio y en la localidad existe un número de niños y niñas en primera infancia, que justifique generar un servicio de estimulación integral estable (no itinerante).
- Consiste en estructurar jornadas variadas de atención de niños(as) y sus familias en un espacio físico comunitario, en que se recomienda también la entrega de material de estimulación a la familia, con sugerencias y recomendaciones de actividades que se puedan realizar en el hogar.
- Se considera como requisito para trabajar con monitores de la comunidad, que ellos sean capacitados por profesionales de salud y cuenten con la supervisión y asistencia técnica permanente de, al menos, un centro de salud que se vele por la calidad y pertinencia de la atención brindada.

Nivel de Prevención	PARTICULARIDADES ESPECIFICAS
Prevención primaria	• Puede ser aportado por profesionales, técnicos o monitores calificados,
Prevención Secundaria	 Puede ser aportado por profesionales, técnicos o monitores calificados, de acuerdo a un plan de intervención específico según diagnóstico. Periodicidad de atenciones debe propender a los estándares descritos para sala de estimulación en centro de salud.
Prevención Terciaria	 Debe considerar atención profesional de acuerdo a un plan de intervención específico según diagnóstico. Periodicidad de atenciones debe propender a los estándares descritos para sala de estimulación en centro de salud.

3. Programa de atención domiciliaria de estimulación.

- Consiste en la aplicación de una secuencia de visitas de estimulación al domicilio de la niña o el niño con rezago o déficit, realizadas por equipos técnicos y/o profesionales para implementar un servicio de estimulación oportuna en el hogar.
- Está dirigida primariamente a aquellos casos en que existan niños y niñas con déficit y/o con severas dificultades de desplazamiento debido a las características del niño/a, de la familia y/o del territorio.
- El ciclo de visitas al domicilio, debe ser planificado de manera personalizada de acuerdo al tipo de diagnóstico del niño(a).
- Considera el desarrollo de actividades de estimulación, con la participación de la familia y uso activo del espacio físico del hogar en el diseño y ejecución de estas actividades, entrega de orientaciones y recomendaciones de actividades a realizar entre visitas de la modalidad. Debe considerar demostraciones prácticas (modelaje) de las actividades de estimulación recomendadas.

Nivel de Prevención	PARTICULARIDADES ESPECIFICAS
Prevención Primaria	 No corresponde atención de este grupo de beneficiarios a través de un servicio de estas características.
Prevención Secundaria	 Se justifica sólo en casos de rescate de pacientes desertores o reticentes a un plan de intervención en sala de estimulación o servicio itinerante, en cuyos casos debe intencionarse dentro de los objetivos del plan de atención, la adherencia a una intervención en sala o equivalente. Es complementaria (no reemplaza) al programa de visitas domiciliarias integrales incluido en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la medida que se justifique la necesidad de intervención.
Prevención Terciaria	 Se justifica cuando existe escasa oferta de apoyo intensivo a niños y niñas con déficits de mayor complejidad y/o que presentan severas dificultades para el traslado hacia otra modalidad por características del niño(a), de la familia y/o del territorio. Podría llegar a complementar a una modalidad en sala o servicio itinerante cuando en razón de los objetivos definidos para el plan de atención individual, se hace necesario dar indicaciones de adaptación de espacios físicos u otra intervención específica en el hogar. Se puede complementar el servicio con instancias de diagnóstico especializado para niños y niñas con déficit más profundo o necesidades especiales cuando (i) Se requiera realizar diagnósticos de mayor complejidad para precisar causas y grados del déficit, con el fin de definir de manera más precisa las alternativas de apoyo y estimulación del desarrollo integral, y/o cuando se requiera de algún apoyo técnico adicional y siempre que (ii) Esta necesidad no esté cubierta por las instituciones de la comuna responsables de esta temática, o la institución que presta este servicio no cuente con los medios para incluir a todos los niños y niñas en primera infancia que lo requieran

4. Ludoteca asociada a programa de salud del territorio.

- Servicio de préstamo a las familias de una amplia variedad de tipos de juegos y material lúdico didáctico, el cual puede ser solicitado por usuarios (madres, padres o cuidadores de niños y niñas en primera infancia) para ser usado en su hogar. Su forma de trabajo y fines particulares son equivalentes al sistema de bibliotecas tradicionales, que se implementan con juguetes y material didáctico de variado tipo.
- Esta modalidad puede ser implementada en el centro de salud, recinto externo a un centro de salud o de manera complementaria a un servicio de atención itinerante. En caso de implementarse en un centro de salud, debe existir un espacio físico destinado para estos efectos, claramente delimitado y señalizado como Ludoteca.
- En caso de ser habilitada en un recinto externo a un centro de salud, debe estar asociada a éste y tener claramente establecido el mecanismo de derivación de niños y niñas desde los controles de salud.
- Toda entrega de material en préstamo debe considerar orientaciones y/o demostraciones prácticas del uso del material para los adultos que medien el juego.
- Los materiales disponibles deben cumplir con los estándares oficiales respecto del tipo de elaboración, tamaño, materialidad y calidad.
- Se debe registrar la entrega de material a través del uso de la Tarjeta de Ludoteca y conversar con los adultos para que entiendan el objetivo y se logre acuerdo firmando la Carta de Compromiso en el uso del material (Ver Anexo 11).
- A los adultos se les debe entregar el Carné de Préstamo Ludoteca (Ver Anexo 12)
- Debe contar con un horario de funcionamiento claramente establecido que permita el fácil acceso de las familias al servicio.
- Debe contar con la supervisión de profesionales de equipos de salud, que monitoreen el funcionamiento de la ludoteca para los fines de apoyo al desarrollo infantil y atención de rezagos. Puede ser administrada por monitores de la comunidad. En tal caso deben estar calificados y habilitados para distinguir el tipo de material didáctico que resulta más conveniente a la situación de rezago detectado y/o a las recomendaciones que entrega el profesional de salud, para cada niño o niña que requiera del servicio. Es responsabilidad del establecimiento de salud al que se asocia la ludoteca realizar la capacitación y acompañamiento técnico de él/los monitores que administren la ludoteca.
- Debe contar con un mecanismo de entrega y registro, para el préstamo y devolución del material didáctico
- Debe contar con protocolos claramente definidos respecto a la sanitización periódica del material, para lo cual se debe aplicar recomendaciones de desinfección presentadas en la página 69 de este documento.

Nivel de Atención	PARTICULARIDADES ESPECIFICAS
Prevención Primaria	 Su orienta a la promoción del desarrollo infantil integral a través de la interacción directa de los niño/as con material lúdico y pedagógico concreto, que estimule el desarrollo de habilidades cognitivas, lingüísticas, motrices, sensoriales, entre las principales. En algunas oportunidades la ludoteca se articula como un espacio físico determinado en el que junto al préstamo de material se realizan actividades promocionales en salud infantil, desarrollo integral y estimulación, talleres a las familias u otros equivalentes.

Prevención Secundaria	Implementado el servicio de ludoteca, debe estar disponible para todos los niños o niñas en primera infancia, a los que se les ha detectado alguna situación de riesgo o evidencia de rezago, en el control de salud correspondiente. Se trata de articular esta pesquisa realizada por el profesional de salud que realiza el control de niño/a sano/a, con la provisión inmediata de alternativas de estimulación mediante el acceso a material didáctico de apoyo a la estimulación de la o las áreas del desarrollo afectadas.
Prevención	 No corresponde ya que no es un servicio que permita una intervención en sí misma,
Terciaria	debe ser complementado con otra modalidad para estos efectos.

5. Sala de estimulación en el centro de salud:

- Esta modalidad está dirigida a proporcionar atención clínica y psicoeducativa de tipo preventivo y promocional en establecimientos de salud primaria, en donde las atenciones son realizadas por profesionales con formación en desarrollo infantil temprano, en una sala que se implementa para ello de manera transitoria o permanente.
- Las funciones principales de esta modalidad son la atención dirigida a la recuperación de rezago y
 déficit, a través de la atención directa a niños(as) y sus familias en modalidad individual y grupal.
 Asimismo, realiza intervención de apoyo en casos de riesgo biopsicosocial, talleres psicoeducativos y
 acciones de coordinación con el equipo de cabecera y la red intra e intersectorial.
- La atención directa considera un foco específico del desarrollo y la inclusión cooperativa del acompañante, y las sesiones de promoción consideran el fomento de interacciones sensibles y cooperadoras entre padres, madres, cuidadores e hijos(as) a través de juego interactivo, fomento de posición prona, fomento de lenguaje, fomento de hitos ideo motores, trabajo en sensibilidad materna, buen trato, seguridad, uso de aparatos, lectura dialogada, y estimulación adecuada a la edad, al nivel de desarrollo del niño(a) y a las evidencias desde el área de las neurociencias.

Nivel de Atención	PARTICULARIDADES ESPECIFICAS
Prevención Primaria	 Considera atenciones grupales orientadas a la promoción del desarrollo infantil integral y a la prevención del rezago.
Prevención Secundaria	 Considera la implementación de un plan de intervención específico según diagnóstico. Periodicidad de atenciones según estándares descritos para sala de estimulación en centro de salud, ver capítulo V y VI.
Prevención Terciaria	 Considera la implementación de un plan de intervención específico según diagnóstico. Periodicidad de atenciones según estándares descritos para sala de estimulación en centro de salud, ver capítulo V y VI.

IV. Complementariedad entre el trabajo de las modalidades

Las redes comunales, en base a sus necesidades territoriales y poblacionales, comúnmente implementan modalidades complementarias entre sí, que enriquecen el quehacer profesional y aumentan el impacto territorial y poblacional de sus prestaciones. A continuación se entregan algunas orientaciones respecto a las combinaciones de mayor pertinencia, con las especificaciones correspondientes.

Modalidad principal	Modalidad complementaria
Sala de Estimulación	Servicio Itinerante de Estimulación: Si se articula el servicio itinerante como complementario a una sala de estimulación, entonces debiese complementar las prestaciones apoyando la atención de niños/as de zonas apartadas del territorio o acercando algunas prestaciones a la comunidad y/o como acciones asociadas al plan de intervención; por ejemplo, inclusión del equipo de sala de estimulación en talleres o atenciones en las localidades en donde el servicio itinerante realiza su trabajo, acciones integradas de monitoreo del plan de intervención en casos de mayor complejidad, etc. Atención Domiciliaria de Estimulación: Si se articula el servicio de atención domiciliaria de estimulación como complementario a una sala de estimulación, entonces debiese complementar las prestaciones apoyando la atención de niños/as con graves dificultades de desplazamiento o que en razón de sus objetivos de intervención y/o grado de déficit requieran de orientaciones a la familia que se potencien con una intervención directa en el hogar (por ejemplo, cuando se quiere evaluar y dar indicaciones de adaptaciones de espacios físicos en el hogar). Puede utilizarse también como modalidad complementaria transitoria, en casos de deserción o baja adherencia a estimulación en sala en esta población, intencionando dentro del plan de atención la reinserción a la modalidad de sala o equivalente. Ludoteca: Si se articula el servicio de ludoteca como complementario a una sala de estimulación, entonces debiese complementar las prestaciones en sala a través de la provisión directa en préstamo de material pedagógico y lúdico a las familias, que faciliten el seguimiento de indicaciones de estimulación y juego en el hogar con el uso de este material complementario.
Servicio Itinerante de Estimulación	Sala de Estimulación: Si se articulan salas de estimulación como complementarias a un servicio itinerante, por lo general ello consiste en la habilitación de espacios físicos pequeños con implementos de estimulación básicos que permiten que los profesionales que itineran cuenten con algunos recursos mínimos permanentes en cada territorio que visitan. Ejemplo de esto son mini salas de estimulación habilitadas en postas rurales las que son abiertas a atención de público cuando el servicio itinerante presta sus servicios en dicho territorio. Ludoteca: Si se articula el servicio de ludoteca como complementario a un servicio itinerante, entonces el grupo de profesionales que realicen el servicio itinerante debe disponer de material lúdico y pedagógico adicional que pueda ser entregado a las familias en préstamo para facilitar el seguimiento de indicaciones específicas de estimulación y juego en el hogar, entre atenciones del servicio itinerante.
Atención Domiciliaria de Estimulación	Ludoteca: Si se articula el servicio de ludoteca como complementario a un servicio de atención domiciliaria de estimulación, entonces el grupo de profesionales que realicen el servicio a domicilio debe disponer de material lúdico y pedagógico adicional que pueda ser entregado a las familias en préstamo para facilitar el seguimiento de indicaciones específicas de estimulación y juego en el hogar con este material complementario, entre las visitas de atención.

V. Financiamiento

Existen dos vías a través de las cuales se financia la implementación de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: la primera corresponde a los recursos que se entregan a través del Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI) del Ministerio de Desarrollo Social. Las modalidades posibles de financiar con estos recursos se indican más adelante. La segunda vía de financiamiento es a través de los recursos del PADBP, a través del Convenio de Transferencia entre el MDS y MINSAL y que permite la implementación de salas de estimulación ubicadas en los centros de salud.

- a) Modalidades de apoyo: Chile Crece Contigo pone a disposición de las municipalidades del país el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI), para la generación de distintas modalidades de atención a niños y niñas con rezago o déficit en su desarrollo y/o riesgo del mismo, como una forma de apoyar la oferta de servicios de salud. Este fondo permite la implementación de las siguientes modalidades:
- Servicio itinerante de estimulación
- Programa de atención domiciliaria de estimulación.
- Ludoteca asociada a programa de salud del territorio.
- Sala de estimulación en sede de la comunidad

Así como también permite la capacitación y el perfeccionamiento de modalidades de intervención ya existentes, tales como:

- Programa de formación de competencias para profesionales y/o técnicos que trabajan en estimulación del desarrollo Infantil, en primera infancia.
- Mejoramiento de modalidades de estimulación del desarrollo integral existentes en la comuna.
- Extensión de modalidades de estimulación a centros de salud de la comuna.
- b) Salas de estimulación en el centro de salud: la sala de estimulación en centro de salud en la mayoría de los casos, se financia por la inyección de recursos a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Esta prestación tiene un origen diferente al de las modalidades, puesto que en los centros de salud ya existían diferentes formas de apoyo o proyectos destinados al cuidado y la estimulación de niños(as). De hecho en mayo del 2007 existían 131 salas de estimulación funcionando, con diferentes nombres: salas de desarrollo y aprendizaje en el centro de salud, salas de estimulación o salas cuna en el consultorio. Lo anterior evidencia el interés que, desde varias décadas, ha existido por la estimulación de niños y niñas en los contextos de salud.



Aspectos administrativos de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil

I. Categorías de resultados en la evaluación del desarrollo en control de salud

Categoría		Definición	
No	rmal	Niños(as) con test del desarrollo cuyo promedio total de puntajes y de todas las sub áreas arroja resultado normal.	
	rmal Rezago	Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Normal, pero que en una o más de las sub áreas del test presentan la categoría de Déficit; ya sea riesgo o retraso. Esta condición implica que el niño(a) tiene un desarrollo heterogéneo, es decir un área con desarrollo adecuado y otra en déficit, por lo tanto debe ingresar a	
		modalidad para prevenir el curso negativo del desarrollo en el futuro.	
	Riesgo	Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Riesgo, es decir, el puntaje total de todas las sub áreas está 1 desviación estándar bajo el promedio.	
Déficit		Esta condición implica una considerable desviación del promedio por lo que debe recibir apoyo para el desarrollo.	
	Retraso	Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Retraso, es decir, el puntaje total de todas las sub áreas está 2 desviaciones estándar bajo el promedio.	
		Esta condición implica una gran desviación del promedio por lo tanto se considera de mayor gravedad, debe recibir apoyo para el desarrollo y derivación a médico.	
		Niños(as), que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Normal, pero presentan Riesgo Biopsicosocial, que podría alterar su normal desarrollo futuro.	
Otra vulnerabilidad		Esta condición implica una amenaza al desarrollo futuro, por la alta asociación que existe entre el o los riesgos detectados y resultados negativos en el desarrollo	
o Normal con riesgo biopsicosocial		infantil. Por lo tanto, debe ingresar a modalidad para prevenir alteraciones en su desarrollo posterior.	
		Para las modalidades con financiamiento FIADI, se debe usar la Pauta de detección de riesgo biopsicosocial para ingreso a MADI, Anexo 1.	
		Para salas de estimulación en centro de salud, el uso de esta pauta es opcional, pero de gran ayuda.	
Test de de	Test de desarrollo de uso actual: EEDP y TEPSI.		

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2006, evaluó el desarrollo infantil con un instrumento de tamizaje poblacional, usando los términos de Rezago y Retraso pero con definiciones diferentes a las de esta tabla. Las diferencias en prevalencia entre la ENCAVI 2006 y los resultados REM, se explican porque la primera es una encuesta poblacional y en salud se usan screening individuales, la ENCAVI usó un instrumento abreviado de reporte de padres en cambio en salud el instrumento es un test del desarrollo que se aplica por un profesional capacitado.

II. Población objetivo y programación de la atención en sala de estimulación y otras modalidades.

La asignación de los cupos de atención para niños y niñas entre o y 4 años de edad, inscritos en el Centro de Salud correspondiente, se realizará de acuerdo al orden de prioridad que se describe en cuadro a continuación.

Visión de futuro de las modalidades de apoyo: La intervención oportuna y efectiva de la atención en los servicios de apoyo al desarrollo infantil implicará que la proporción de niños(as) con déficit y rezago en el futuro sea menor y que las acciones principales sean de promoción dirigidas a población universal o sin daño.

Urgencia en la atención de niños(as) según estado del desarrollo en MADI´s			
Niños(as) con déficit en test de desarrollo, categoría RETRASO	Todos aquellos niños(as) cuyo puntaje total en el test de desarrollo presente dos o más desviaciones estándar bajo el promedio.		
Niños(as) con déficit en el test de desarrollo, categoría RIESGO	Todos aquellos niños(as) cuyo puntaje total en el test de desarrollo presente una desviación estándar bajo el promedio.		
Niños(as) con REZAGO en test de desarrollo.	Todos aquellos niños(as) cuyo puntaje total en el test de desarrollo es normal, pero presentan una o más áreas en déficit, ya sea en categoría de riesgo o retraso.		
Niños(as) con antecedentes de Riesgo Biopsicosocial:	 Niños(as) con riesgo biopsicosocial pesquisado a través de: Anamnesis, antecedentes en ficha clínica, escala de Edimburgo, escala vincular, otro instrumento aplicado en control de salud. Pauta de Detección de Riesgo Biopsicosocial para ingreso a MADI (Anexo 1). Aplicación requerida para toda modalidad que reciba recursos a través del FIADI. 		
Niños(as) con condición de discapacidad que requieran de refuerzo en estimulación.	Niños(as) que presenten alguna condición de discapacidad, que estén en tratamiento de rehabilitación de especialidad y que sean derivados para recibir estimulación del desarrollo.		
Niños(as) con desarrollo normal , sin antecedentes de riesgos para el desarrollo.	Niños(as) que no presentan alteraciones ni riesgo para su desarrollo.		

III. Aspectos administrativos de la intervención según estado del desarrollo, edad y tipo de modalidad.

A continuación se especifican criterios administrativos de la intervención (número de sesiones, frecuencia, periodicidad, duración, rendimiento), de acuerdo a estado del desarrollo y edad para la Sala de Estimulación, Servicio Itinerante, Atención Domiciliaria y Ludoteca.

En el caso de la Ludoteca, sólo se describen los aspectos administrativos relacionados con el préstamo del material, ya que de acuerdo a lo mencionado en capítulo III, esta modalidad no realiza intervención directa en el desarrollo a menos que sea complementaria a otro tipo de modalidad.

En capítulo III se especifican las acciones a realizar en cada modalidad, de acuerdo a los niveles de prevención primaria, secundaria o terciaria en salud.

En caso de niños(as) con condición de discapacidad, se entiende la intervención de estimulación como complementaria a un programa de rehabilitación en nivel de especialidad que opera como equipo de cabecera. Por esta razón no se integra dentro de los estándares administrativos de intervención descritos en cuadros a continuación.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	CATEGORÍA INTE	CATEGORÍA INTERVENCION SEGÚN ESTADO DEL DESARROLLO Y EDAD 82				
DE LA INTERVENCIÓN EN SALA DE ESTIMULACIÓN ⁸³	Normal	Rezago/Riesgo BPS	Riesgo	Retraso		
Rango de tiempo máximo de la intervención según edad (*)	Desde 1 a 3 meses o según programación y realidad local, en cualquier edad	2 meses en cualquier edad	o a 11 meses de edad: 2 meses 12 a 23 meses de edad: 3 meses 24 a 59 meses de edad: 4 meses	o a 11 meses de edad: 2 meses 12 a 23 meses de edad: 4 meses 24 a 59 meses de edad: 6 meses		
Total de Sesiones	1 a 3 sesiones en cualquier edad	5 sesiones en cualquier edad	o a 11 meses de edad: 8 sesiones 12 a 23 meses de edad: 10 sesiones 24 a 59 meses de edad: 14 sesiones	o a 11 meses de edad: 12 sesiones 12 a 23 meses de edad: 16 sesiones 24 a 59 meses de edad: 20 sesiones		
Frecuencia Sesiones	1 o 2 sesiones al mes	2 a 4 sesiones al mes	Primer mes: 1 sesión a la semana Segundo mes: 1 sesión a la semana Desde tercer al cuarto mes de tratamiento: 2 veces al mes	Primer mes: 2 sesiones a la semana Segundo mes: 1 sesión a la semana Desde tercer a sexto mes de tratamiento: 2 veces al mes		
Tipo de Atenciones	Atención grupal (No dar atención individual)	Siempre iniciar con atención individual Atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes Luego atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes. Luego atención individual alternada con intervención grupal		
Rendimiento Atenciones	Grupal 1 x hora	Individual = 2 x hora grupal = 1 x hora	Individual = 2 x hora grupal = 1 x hora	Individual = 2 x hora grupal = 1 x hora		

⁸² Elaboración equipo nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012. 83 Para mayor información respecto a habilitación de sala de estimulación en centro de salud ver Anexo 15.

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE	intervención según estado del desarrollo ⁸⁴				
LA INTERVENCIÓN EN SERVICIO ITINERANTE	Normal	Rezago / Riesgo BPS	Riesgo	Retraso	
Rango de tiempo máximo de la intervención	3 meses	3 meses	5 meses	5 meses	
Número de sesiones	1 a 3	5	10	20	
Frecuencia de sesiones	1 a 2 x mes	2 a 4 x mes	2 a 4 x mes	4 a 8 x mes	
Tipo de sesiones	Grupales	Siempre iniciar con atención individual	Siempre iniciar con atención individual	Siempre iniciar con atención individual	
	o o o p	Individuales alternadas con grupales	Individuales alternadas con grupales	Individuales alternadas con grupales	
Rendimiento	1 x hora	Individual: 2 x hora	Individual: 2 x hora	Individual: 2 x hora	
atenciones		Grupal: 1 x hora	Grupal: 1 x hora	Grupal: 1 x hora	

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	IN	STADO DEL DESARROLLO	85	
DE LA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	Normal	Rezago / Riesgo BPS	Riesgo	Retraso
Rango de tiempo máximo de la intervención		2 meses	3 meses	5 meses
Número de sesiones	No corresponde atención de este grupo a través de	5	10	20
Frecuencia de sesiones	esta modalidad.	2 a 4 x mes	4 a 8 x mes	4 a 8 x mes
Tipo de sesiones		Individuales	Individuales	Individuales
Rendimiento atenciones		1 x hora	1 x hora	1 x hora

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INTERVENCIÓN ATENCIÓN EN LUDOTECA	ATENCIÓN SEGÚN ESTADO DEL DESARROLLO 86					
	Normal	Rezago / Riesgo BPS	Riesgo	Retraso		
Frecuencia de préstamo material	1 a 2 x mes	1 a 2 x mes 2 a 4 x mes 4 a 8 x mes		4 a 8 x mes		
Tipo de atenciones	Entrega de material según acciones descritas en capítulo 1 para cada nivel de atención. Atención considera orientación de uso de material de acuerdo a plan de intervención en modalidad complementaria.					
Rendimiento atenciones	4 x hora 3 x hora 2 x hora 2 x h					

Para las ludotecas se recomienda el uso de un sistema de codificación de materiales según el área que estimula el material preferentemente, y el uso de un tarjetero interno que administre esta información en combinación con un carne de préstamo para las familias y ojala una bolsa de género que proteja el material de daños. Para mayor información ver Anexo 11 Tarjetero Ludoteca y Anexo 12 Carné de Préstamo Ludoteca.

IV. Ingreso a modalidades de apoyo y sala de estimulación

El ingreso de niños(as) a las atenciones proporcionadas en las modalidades de apoyo y sala de estimulación se realiza a través del control de salud del niño(a), puesto que esta prestación realiza la vigilancia integral de la trayectoria del desarrollo infantil.

En caso de detectar rezago o riesgo en un test de desarrollo (EEDP, TEPSI u otro), o riesgo biopsicosocial (Pauta de detección para ingreso a modalidad, u otro), el profesional a cargo del control sano debe derivar en forma oportuna al niño(a) y su familia a sala de estimulación u otra modalidad de apoyo.

En caso de detectar retraso en test de desarrollo (EEDP, TEPSI u otro), se debe derivar a especialista y en paralelo a sala de estimulación u otra modalidad de apoyo.

En aquellos casos de niños(as) que presenten rezago o riesgo en un test de desarrollo (EEDP, TEPSI u otro), o riesgo biopsicosocial (Pauta de detección para ingreso a modalidad, u otro) para el desarrollo, pero asociado a una condición médica de base, se debe derivar a especialista y en paralelo a sala de estimulación u otra modalidad de apoyo.

Cualquier otro ingreso a modalidad gatillado desde educación inicial, servicios comunitarios, demanda espontánea u otro, debe regularizarse mediante la derivación del niño(a) a control de salud en paralelo al inicio de la atención, con el fin de validar técnicamente la derivación y foco de atención, integrar antecedentes relevantes para el plan de intervención del niño(a) y fortalecer la realización de acciones coordinadas en el intersector cuando se requieran.

¿Qué se entiende por validación técnica?

- Revisión de causal de derivación en control de salud, registro en cuaderno de salud del niño(a) de los resultados de evaluaciones previas realizadas (test de desarrollo, pauta breve, escala de Edimburgo, escala de apego, otras).
- Registro en cuaderno de salud del niño de validación de derivación, junto con eventuales recomendaciones del profesional que realiza el control de salud respecto al plan de intervención del niño(a) en sala u otra modalidad y derivación a otras acciones en salud que sean pertinentes al caso.

En caso de que el niño(a) haya sido evaluado con test de desarrollo por profesional capacitada/certificada en modalidad o dispositivo de educación inicial, no es requisito que sea re-evaluado en control de salud. La re-evaluación se realizará de acuerdo a lo establecido en calendario de control sano, en flujograma de DSM o de acuerdo a derivación al finalizar la intervención en sala u otra modalidad.

Toda modalidad de apoyo al desarrollo infantil que pertenezca a la red de modalidades de Chile Crece Contigo, debe estar vinculada al PADB, independiente de si ha sido o no implementada en un espacio del Sistema de Salud. Deberá ceñirse al flujo de referencia (derivación) y contra-referencia (retroalimentación) entre el PADB y la modalidad correspondiente.

En la figura a continuación se resume procedimiento de ingreso a sala de estimulación y otras modalidades.

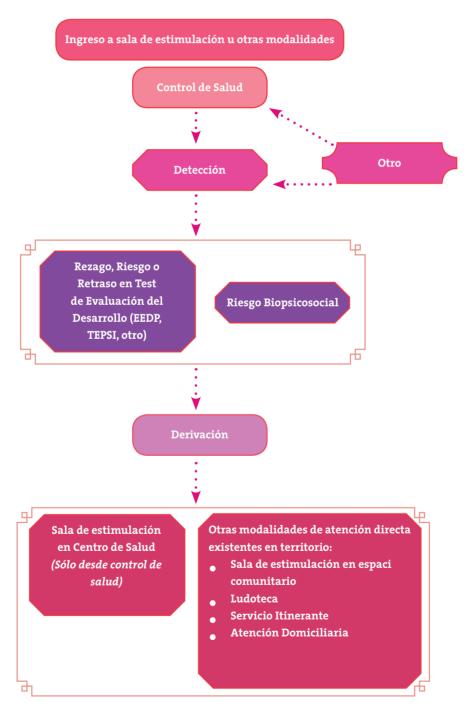


Figura 9: Procedimiento de ingreso a sala de estimulación y otras modalidades.

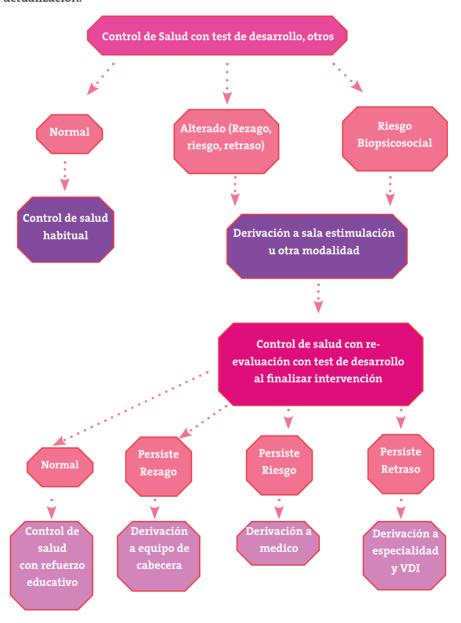
¿Cómo derivar a sala de estimulación u otras modalidades de apoyo?

La derivación debe tener una pauta estándar u hoja de derivación en la que se describa con detalle la causal de derivación: (Pauta de referencia y contrareferencia en Anexo 16)

- Si se ha realizado test de evaluación del desarrollo, se debe especificar resultado numérico total y por áreas, con sus respectivas desviaciones estándar.
- Si se ha realizado evaluación con Pauta de detección de riesgo biopsicosocial para ingreso a MADI (Anexo 1), debe consignarse ítem(s) detectado(s) (*requerido para modalidades en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social a través del FIADI).

Flujograma de derivación y reevaluación

El flujograma de derivación a sala y modalidad de estimulación es prácticamente el mismo que se describe en el "Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de niños y niñas de o a 6 años" 2008 ⁸⁷, con algunas modificaciones de actualización.



⁸⁷ Para mayor información revisar manual disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-o-a-6-Anos-2008.pdf

Considerar que:

- En caso de pauta breve alterada, se debe aplicar test de desarrollo dentro de los siguientes 15 días, para confirmar sospecha de alteración.
- En caso de detección de Retraso se debe derivar a neurólogo(a), en paralelo a derivación a sala de estimulación u otra modalidad de apoyo.
- La consulta de déficit se reemplaza por el ingreso a modalidad de apoyo o sala de estimulación.

Se recomienda la revisión del caso por equipo de cabecera en caso de persistencia de alteración del desarrollo posterior a la intervención de estimulación, sea rezago, riesgo o retraso, con el fin de identificar otros factores que puedan estar afectando la recuperación del desarrollo e integrarlos en plan de intervención.

V. Detección e intervención en casos de riesgo biopsicosocial

Los objetivos de la derivación a Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil en casos de riesgo biopsicosocial son:

- Aumentar factores protectores del desarrollo infantil:
 - . Calidad del cuidado y crianza
 - Contexto de cuidado
 - Conexión con la red de servicios de apoyo
- Contribuir a mitigar el impacto documentado en el desarrollo psicomotor de los niños(as) con factores de riesgo biopsicosocial.

Con el fin de apoyar efectivamente la resolución del/los factores de riesgo biopsicosocial que originan la derivación, se define como esencial:

- La coordinación activa con el equipo de cabecera y la retroalimentación de progreso y egreso del niño o niña si correspondiere.
- El ingreso de la información actualizada del caso al SRDM, con el fin de activar la alerta de vulnerabilidad correspondiente y favorecer la adecuada gestión del caso en la red comunal básica y ampliada.
- En el evento que el caso no se encuentre registrado en el Sistema, es función del/la encargado(a) de la modalidad ingresar/actualizar la información en el módulo de digitación del SRDM. Ver capítulo IX.



Figura 10: Ingreso Módulo Digitación SRDM

De esta manera, el egreso del niño(a) de la modalidad no depende necesariamente de la superación de los factores de riesgo detectados en esta pauta. Es función del equipo de cabecera y la red comunal Chile Crece Contigo activar la oferta de intervención y realizar el seguimiento respectivo del caso para una adecuada resolución del/los factores de riesgo pesquisados.

La causal de egreso exitoso de la modalidad estará dada por la mantención de resultado "Normal" en evaluación de desarrollo a realizarse una vez finalizada la intervención.

Pauta de detección de Riesgo Biopsicosocial (PRB) para Ingreso a Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil.

A continuación se detallan causales de ingreso a MADI en caso de tener una evaluación de desarrollo con resultado Normal y pesquisar a través de esta pauta uno o más factores de riesgo biopsicosocial.

Las acciones descritas se consideran las mínimas a realizar y se definen como acumulativas en caso de existir más de un factor de riesgo detectado.

Para salas de estimulación en centros de salud esta pauta es de uso opcional puesto que hay muchos centros que ya cuentan con versiones propias y el Programa de Salud Infantil se encuentra en el proceso de construcción de una pauta de riesgo a nivel nacional. Para modalidades que operan a través de convenios FIADI el uso de esta pauta es requerido para el ingreso de niños(as) a la modalidad por esta causal.

- Para especificaciones respecto a duración, frecuencia y características de la intervención, revisar páginas anteriores de este capítulo. En caso de tener rezago, riesgo o retraso en DSM, priman especificaciones de la intervención definidas según ese diagnóstico.
- Sin embargo, en caso de contar además con factores de riesgo biopsicosocial, se entienden como necesarias las acciones paralelas de coordinación en red que permitan mitigar o superar los riesgos biopsicosociales detectados, complementarias de la intervención a realizar en la MADI.

Marque con una X en la tercera columna al detectar item y siga acciones mínimas a realizar.

	ITEM	Sí	Acciones mínimas a realizar	Responsables
1	Niño(a) sin control de salud al día		 Derivación a salud para normalización controles. Acceso preferente a Control de Salud con Evaluación del Desarrollo Psicomotor Ingreso a MADI según resultado evaluación. 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera
2	Niño(a) con múltiples consultas en SAPU, otro centro de Salud u Hospital		 Coordinación con equipo de cabecera para revisión del caso. VDI. Intervención en MADI con énfasis en estimulación de calidad del cuidado, seguridad en el hogar y contexto de cuidado. 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera
3	Niño(a) con hospitalización anterior de mediana o larga estadía		 Coordinación con equipo hospitalario para envío antecedentes (Epicrisis integral y plan de estimulación realizado en hospital) Ingreso a MADI con énfasis en estimulación desarrollo integral y/o estimulación focalizada en áreas en riesgo de déficit en caso de condiciones médicas de base. 	Encargada(o) de MADI

4	Niño (a) con condición médica de base (síndromes genéticos, prematurez extrema, patologías del sistema nervioso central, entre otras)	 Intervención en MADI con énfasis en la prevención de los riesgos de alteraciones de desarrollo según cuadro de base, intervenciones de apoyo parental, acciones orientadas a favorecer interacción familiar considerando necesidades especiales de atención en salud. (NINEAS) Coordinación con equipo de cabecera y nivel de especialidad para orientar énfasis del plan de intervención. 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera
5	Niño(a) con madre o padre adolescente	 Intervención en MADI con énfasis en calidad del cuidado y crianza respetuosa ⁸⁹, interacción y estimulación sensible, fomento del apego seguro, guías anticipatorias desarrollo infantil, entre otros. Taller parental (Nadie es perfecto, competencias parentales, masaje infantil, apego, autocuidado, etc. según disponibilidad en territorio) Derivación oferta nivelación de estudios disponible en territorio. 	Encargada(o) de MADI Encargada(o) comunal
6	Niño(a) cuya madre tiene escolaridad menor a octavo básico	 Ingreso a MADI con énfasis en calidad del cuidado y crianza respetuosa, interacción y estimulación sensible, fomento del apego seguro, guías anticipatorias desarrollo infantil. Taller habilidades parentales (Nadie es perfecto, masaje, apego, estimulación temprana, según disponibilidad en territorio) Derivación oferta modalidades de retención escolar o nivelación de estudios disponible en territorio. 	Encargada(o) de MADI Encargada(o) comunal
7	Niño(a) cuya madre presenta Escala de Edimburgo alterada	 Derivación a Equipo Salud Mental Adultos Intervención en MADI con énfasis en calidad del cuidado y crianza respetuosa ⁸⁹, uso del Mei Tai, interacción sensible, fomento del apego seguro. Intervención VDI con énfasis en apoyo estrategias de cuidado, reorganización/priorización tareas domésticas y del cuidado cotidiano, resguardo instancias sueño / descanso del cuidador, uso activo de red de apoyo en petición oportuna de ayuda, inclusión activa del padre u otra figura significativa en acciones de cuidado cotidiano. 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera
8	Díada con escala de apego alterada	 Intervención en MADI con énfasis en estrategias de contención oportuna/efectiva del llanto y otras señales de estrés del infante, crianza respetuosa, uso del Mei Tai, interacción y estimulación sensible, competencias parentales favorecedoras del apego seguro. Acceso preferente a Intervención con VDI 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera

9	Niño(a) cuyo cuidador principal presenta conductas sugerentes de negligencia en cuidados, escasa respuesta a las necesidades del niño(a)	 Intervención en MADI con énfasis en calidad del cuidado y crianza respetuosa 89, interacción y estimulación sensible, competencias parentales favorecedoras del apego seguro, etc. según disponibilidad en territorio) Intervención con VDI 91 Revisión caso por equipo de cabecera y eventual derivación a OPD. 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera
10	Niño(a) que vive en familia monoparental sin red de apoyo familiar/social	 Taller parental (NEP, competencias parentales, masaje infantil, apego, juego interactivo, etc. según disponibilidad en territorio) Coordinación con Encargado Comunal (Ficha de Protección Social – Sala Cuna/Jardín – Inserción educacional/ laboral del cuidador, habitabilidad, entre otras) 	Encargada(o) de MADI Encargada(o) comunal
11	Presencia de cualquier trastorno de salud mental en uno o ambos cuidadores principales (Depresión, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, discapacidad mental, otros)	 Derivación a Equipo de Salud Mental Adultos. Intervención en MADI con énfasis en calidad del cuidado y crianza respetuosa, interacción sensible, fomento del apego seguro, guías anticipatorias, contexto del cuidado. Intervención con VDI*con énfasis en adherencia a tratamientos. Revisión caso por equipo de cabecera y eventual derivación a OPD. 	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera
12	Niño(a) cuyo hermano(a) tiene antecedentes de medidas de protec- ción sentenciadas con cambio de cuidador, institu- cionalización u adopción	Ingreso a modalidad con énfasis en calidad del cuidado y crianza respetuosa ⁸⁹ , interacción sensible, fomento del apego seguro, juego interactivo, contexto del cuidado, promoción del buen trato. VDI	Encargada(o) de MADI Equipo de cabecera

⁹¹ Intencionar intervención por psicóloga y/o trabajador social.
89 Incentivar uso activo de servicio gratuito de ayuda telefónica Fonoinfancia: http://www.integra.cl/opensite_20110824112864.aspx

13	Niño(a) cuyo padre, madre o cuidador principal, se encuentra privado de libertad.	 Ingreso a modalidad con énfasis en educación a cuidador actual en temas de desarrollo infantil temprano y crianza respetuosa en interacción sensible, fomento apego seguro con cuidador actual. Intervención con VDI. Coordinación oferta de tratamiento disponible en territorio (Programa Abriendo Caminos en internitas, otros) 	Encargada(o) MADI Encargada(o) comunal Equipo de cabecera
14	Niño(a) institucionalizado en residencia de lactantes y/o pre-escolares y/o con inserción transitoria en familia de acogida.	 Ingreso a modalidad con énfasis en educación desarrollo infantil temprano a cuidador actual, estrategias de contención oportuna del llanto y estrés, modelaje interacción sensible, estimulación integral. Taller parental (masaje infantil, apego, interacción sensible, estimulación en prono, etc. según disponibilidad en territorio) Énfasis en trabajo con un cuidador preferencial asignado por institución. Monitoreo medida proteccional y acciones de preparación egreso sea con familia biológica, cuidador alternativo o familia adoptante. 	Encargada(o) MADI Encargada(o) comunal Equipo de cabecera
15	Niño(a) que crece en un contexto ambiental con bajas condiciones para el cuidado y desarrollo (múltiples cambios domicilio, hacinamiento, barrio de alta peligrosidad, pobreza extrema, contaminación del aire intradomiciliario, pésimas condiciones de habitabilidad, otros)	 Ingreso a modalidad con énfasis en estimulación y prevención rezago, provisión de espacio seguro de estimulación/exploración y juego. Taller parental (competencias parentales, masaje infantil, apego, condiciones de seguridad en el hogar, según disponibilidad en territorio) Gestión recursos disponibles en red comunal: Ficha de protección social – Condiciones de habitabilidad – Sala cuna / Jardín infantil – Inserción Laboral – Prestaciones Monetarias – otros servicios red comunal ampliada. 	Encargada(o) MADI Encargada(o) comunal
16	Niño(a) que vive en una familia con aislamiento social significativo o en zona de alta dispersión geográfica.	 Ingreso a MADI, preferencial Servicio Itinerante o Atención Domiciliaria, énfasis en uso espacios físicos para la estimulación, guías anticipatorias, crianza respetuosa ⁸⁹, modelaje uso activo materiales estimulación ChCC, Gestión uso recursos disponibles en red comunal: Ficha de protección social – Condiciones de habitabilidad – Prestaciones Monetarias – otros servicios red comunal ampliada. 	Encargada(o) MADI Encargada(o) comunal

17	Violencia intrafamiliar / niño(a) testigo de violencia	 Articulación inmediata de red protección comunal, OPD y/o Dirección Regional SENAME. Confirmación/ descarte vulneración de derechos e intervención según resultado. Confirmación: No corresponde intervención en modalidad: Intervención VDI intensiva. Derivación a programa de intervención especializada disponible en territorio (PIB, PIE, otros) Monitoreo acciones proteccionales en red comunal. Descarte: Taller parental (NEP, competencias parentales, masaje infantil, apego, interacción sensible, etc. según disponibilidad en territorio) Seguimiento por equipo de cabecera. 	Encargada(o) MADI Encargada(o) comunal Equipo de cabecera
18	Maltrato físico o Abuso Sexual	 No corresponde ingreso a modalidad. Primera Respuesta - Denuncia Activación red protección comunal e intervención de reparación especializada. Seguimiento por equipo de cabecera. 	Encargada(o) MADI Encargada(o) comunal Equipo de cabecera

VI. El equipo de profesionales de las modalidades de apoyo.

a) Composición del equipo de trabajo

La óptima conformación del recurso humano de una modalidad de apoyo al desarrollo y sala de estimulación es un equipo mixto de profesionales. Los profesionales idóneos son aquellos que pertenecen al área de salud y educación pre-escolar con formación en neurodesarrollo, desarrollo infantil integral, atención temprana y/o habilidades para el trabajo con niños(as) y familias.

Desde el área de educación inicial la inclusión de educadoras de párvulos y/o educadoras diferenciales con especialidad en desarrollo infantil temprano y estimulación en primera infancia, configuran un aporte esencial al equipo de salud por su habilidad en el trabajo con niños(as), en el manejo grupal y en el trabajo con los adultos responsables del niño(a), junto con sus competencias en el diseño y monitoreo de planes de trabajo. El desafío que estas(os) profesionales enfrentan es la inserción en el equipo e institución de salud, junto con el remplazo del enfoque educativo por el enfoque de estimulación en contexto de salud integral, como base de la intervención que realizan.

Desde el área de la salud la inclusión de kinesiólogos, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales, con especialidad en desarrollo infantil temprano configuran un aporte significativo en el manejo de estrategias específicas de atención temprana y estimulación integral. El desafío que estas/os profesionales enfrentan es implementar un enfoque de intervención concordante con el contexto de atención primaria en que se sitúan.

Finalmente, psicólogos y trabajadores sociales con formación específica en primera infancia, desarrollo socio-emocional, apego u otra especialidad que les permita adaptar su tarea a las intervenciones descritas en este documento, configuran un aporte significativo en relación con el trabajo en red, el énfasis en los aspectos relacionales entre el niño(a) y sus cuidadores significativos, y las habilidades para relacionarse efectivamente con padres, madres y cuidadores, sobre todo con familias con múltiples factores de riesgo. El desafío que estas(os) profesionales enfrentan es ampliar el enfoque de evaluación/intervención psicosocial tradicional, hacia un enfoque de intervención que incorpore las nociones actuales en torno a la calidad/contexto del cuidado y enfoques de crianza que han probado ser favorecedores del desarrollo integral del niño(a).

Por otro lado, desde su inicio hasta la fecha, las modalidades han sido atendidas en su mayoría por educadoras de párvulos, quienes han enfrentado un interesante proceso de inserción como profesional de educación en un equipo de profesionales de salud, con múltiples desafíos y beneficios. La educadora de párvulo, ha sabido adaptar sus habilidades del modelo educativo para adoptar un modelo de atención biopsicosocial, necesario para las intervenciones de estimulación efectivas.

Profesional	Actividades preferentes (no exclusivas)
Educadora de Párvulos Educadora Diferencial	Diseño y monitoreo plan de estimulación para cada niño(a). Estimulación integral. Uso efectivo del material de estimulación provisto por ChCC. Coordinación con establecimientos educacionales de la Red Comunal ChCC. Juegos interactivos. Fomento de posición prona, lenguaje, hitos ideomotores. Fomento de cuidado sensible. Taller de lectura dialogada. Taller de estimulación temprana integral. Evaluación del desarrollo psicomotor. Evaluación de riesgo biopsicosocial Visita Domiciliaria Integral.
Kinesióloga(o) Terapeuta Ocupacional Fonoaudióloga(o)	Diseño y monitoreo plan de estimulación para cada niño(a). Estimulación sensoriomotriz. Estimulación del lenguaje intervención en procesamiento/integración sensorial Taller de estimulación posición prona. Taller de actividad física para mantención de peso normal. Taller de juego saludable. Taller de estimulación temprana integral. Evaluación e intervención en actividades de la vida diaria, acordes al desarrollo del niño(a). Adecuación de espacios físicos en el hogar. Visita Domiciliaria Integral. Participación en la confección del plan de intervención, entre otras.
Psicóloga(o) Trabajador(a) Social	Taller de habilidades/competencias parentales. Taller de vínculo afectivo, fortalecimiento apego seguro y cuidado sensible. Taller de aprendizaje de habilidades sociales. Taller de autocuidado del adulto. Taller de estimulación temprana integral. Taller de crianza. Fortalecimiento red de apoyo. Evaluación del desarrollo psicomotor. Evaluación riesgo biopsicosocial. Evaluación y diagnóstico integral niño(a). Intervención con díada, tríada o grupo familiar. Conexión con servicios disponibles en red comunal. Evaluación/diagnóstico familiar. Visita Domiciliaria Integral. Participación en la confección del plan de intervención, entre otras.

b) Rol del encargado(a) de la modalidad de apoyo al desarrollo infantil.

Con el fin de a segurar el adecuado funcionamiento de la sala de estimulación u otra modalidad, se requiere la designación de un(a) profesional como encargado(a) de la misma.

Este profesional cumple una función esencial en el equipo, ya que (realice o no atención directa), orienta las actividades de la modalidad de acuerdo con los objetivos de la misma, consolida el registro y datos estadísticos que sirvan como insumo para que el equipo planifique y ejecute estrategias orientadas a mejorar el cumplimiento en las metas

convenidas y la calidad y efectividad de las intervenciones que se realizan en ella.

A continuación se describen las funciones esenciales asociadas al cargo. Cabe mencionar que algunas son específicas para el caso de sala de estimulación en el centro de salud y otras son específicas para modalidades en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social, a través del FIADI. Sin embargo, se considera relevante que se conozcan todas las funciones que es posible ejecutar por el/la encargado(a) de la sala de estimulación u otra modalidad.

Las principales funciones del encargado(a) de la modalidad son:

- 1) Velar por el adecuado desarrollo y funcionamiento de la modalidad, de acuerdo a lo especificado en el proyecto aprobado por el FIADI y/o lo establecido por el centro de salud en que opera la modalidad.
- 2) Contar con registros actualizados los siguientes datos mínimos:
 - Total población bajo control o-4 años en el establecimiento.
 - Total población bajo control o-4 años en modalidad de estimulación.
 - Población bajo control con déficit (riesgo y/o retraso).
 - Población bajo control con rezago.
 - Población bajo control con riesgo biopsicosocial.
 - Derivaciones al inter-sector durante el mes.
 - Reingresos a la modalidad de estimulación durante el año.
 - Egresos de la modalidad de estimulación durante el año.
 - Derivaciones a atención especializada durante el año.
 - Ejecución de recursos financieros durante el trimestre.
- 3) Participar en reuniones del equipo de cabecera en CESFAM u otro centro de salud y en reuniones de la Red comunal Chile Crece Contigo: Se recomienda priorizar la revisión de casos vinculados a niños (as) referidos por el equipo de cabecera y/o con alertas devulnerabilidad detectadas, junto con elestado de la sacciones de coordinación intersectorial que los casos requieran. Es función del equipo de cabecera integrar al encargado (a) de la modalidad a las reuniones que permitan cumplir de manera efectiva lo descrito en las presentes orientaciones respecto a la vinculación entre las modalidades y el PADB, tanto en relación con la referencia y contra-referencia de casos, como en relación con la acción coordinada en las acciones de intervención del niño o niña (particularmente en los casos con riesgo biopsicosocial). Ver acciones en páginas anteriores de este capítulo.
- 4) Ingresar o actualizar información de casos en el SRDM, especialmente en casos que activen alertas de vulnerabilidad (ver capítulo IX de Registro).
- 5) Elaborar reportes del cumplimiento de los indicadores asociados, informes de avance, estado de casos, etc. y difundirlos en las reuniones de modalidad, equipo de cabecera, red comunal u otra. La evidencia de dichas actividades son las actas de reunión.
- 6) Mantener un registro actualizado del plan de intervención de cada niño(a) ingresado, que contemple al menos: Objetivos, responsables, actividades, derivaciones, plazos, seguimientos y evaluaciones de resultados.
- 7) Contar con el material apropiado para el trabajo de estimulación en las distintas áreas: cognitiva, lenguaje, motricidad fina y gruesa, sensorial.
- 8) Monitorear el cumplimiento de las medidas básicas de seguridad que rigen en el reglamento sobre seguridad de los juguetes (propiedades físicas y mecánicas, inflamabilidad, propiedades químicas, eléctricas y didácticas) ⁹⁴.
- 9) Contar con un proceso de desinfección de materiales que cumpla con lo señalado en las presentes orientaciones técnicas, vea páginas siguientes de este capitulo.
- Dar aviso a la dirección/equipo del establecimiento y/o encargado comunal ante el deterioro o carencia de un producto y/o servicio; por ej.: baño, iluminación, calefacción y/o ventilación adecuadas, acceso a movilización en las modalidades que lo requieren, material de trabajo para estimulación, acceso a re-evaluaciones, VDI planificadas pero no realizadas, entre otras.

- 11) Proporcionar la información pertinente para completar "Pauta para el Monitoreo y Mejoramiento Continuo de la Calidad en las MADIS" en los períodos definidos, ver Anexo 2.
- Mantener disponible a lo menos dos ejemplares impresos del Mapa de Oportunidades en la modalidad.
- Mantener disponible a lo menos un ejemplar impreso de las "Orientaciones técnicas para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil: guía para los equipos locales".
- 14) Colaborar en la actualización del Mapa de Oportunidades y de los flujogramas de derivación intra e intersector.
- 15) Colaborar en la elaboración el Plan de Trabajo anual de la Red Comunal ChCC.

c) Rol del Encargado(a) Comunal de Chile Crece Contigo.

Es la persona a cargo de la coordinación de la red local ChCC, tiene un rol de gestión y de administración, que dice permite la óptima relación entre las instituciones y organizaciones que participan de la red; recursos físicos, financieros y humanos. Asimismo, es quien vincula la red local con las instituciones fuera del ámbito comunal.

Las principales funciones del encargado(a) comunal ChCC son:

- 1) Postular y ejecutar el proyecto presentado al FIADI
- 2) Asegurar que la modalidad se desarrolle de acuerdo a lo indicado en el proyecto aprobado por el FIADI.
- 3) Cumplir con las exigencias financieras y técnicas del Convenio FIADI.
- 4) Elaborar y entregar oportunamente el Registro de Beneficiarios del FIADI.
- 5) Asegurar el adecuado registro de las actividades de las modalidades según formato establecido, y en los tiempos que corresponda.
- 6) Administrar y gestionar la adecuada coordinación intersectorial en la red local ChCC, tanto entre la red comunal básica como ampliada.
- 7) Gestionar las intervenciones intersectoriales oportunas relacionadas con las alertas de vulnerabilidad, prestaciones garantizadas, acceso preferente, entre otras, a partir de la información proporcionada por el Encargado(a) de Modalidad y/o las derivaciones realizadas por los actores del intersector (salud, educación, municipio, entre

- otros). Ello implica el uso activo del módulo de gestión del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo ⁹⁵ (SRDM).
- 8) Monitorear el mejoramiento continuo de la calidad de las modalidades, a través de Pauta MMCC (Anexo 2) y otras herramientas pertinentes.
- 9) Identificar las necesidades de capacitación de la red y gestionar las acciones para su satisfacción.
- 10) Coordinar las reuniones de la Red Local y velar por la participación de todos los representantes de la red comunal ampliada en ellas.
- 11) Elaborar y ejecutar el Plan Anual de la Red Comunal ChCC.
- Ejecutar en conjunto con el inter-sector las tareas de supervisión que sean pertinentes de acuerdo a la modalidad en ejecución.
- 13) Postular/ejecutar el proyecto presentado al Fondo de Fortalecimiento Municipal (FFM).
- 14) Cumplir con las exigencias financieras y técnicas del Convenio FFM.
- 15) Asegurar la actualización periódica (al menos semestral) de la(s) modalidades en el Directorio de Modalidades.
- Asegurar la actualización periódica (al menos anual) del Mapa de Oportunidades de la red comunal.
- otras funciones y tareas que ayuden a la adecuada gestión de la Red comunal ChCC.

VII. Seguridad y desinfección de materiales de juego en las MADI's

Seguridad de materiales: Los materiales de cualquier modalidad de apoyo al desarrollo deben considerar las medidas básicas de seguridad y se deben regir por el reglamento sobre seguridad de los juguetes ⁹⁶, disponible en www.chccsalud.cl. Las consideraciones generales de seguridad en juguetes que se encuentran explicitadas en este reglamento orientan sobre: Las propiedades físicas y mecánicas. la inflamabilidad, las propiedades químicas, las propiedades eléctricas y radioactivas, acciones de fiscalización y sanciones.

Desinfección de materiales para sala de estimulación y Ludotecas.

Los juguetes debenser de contextura lavable, usar cualquier amonio cuaternario (detergente) y desinfectarse con alcohol de 70°. El lavado y desinfección debe realizarse entre pacientes y antes de guardar en mueble cerrado. Los libros de lectura deben plastificarse y limpiarse con tórulas con alcohol.

⁹⁵ Mayor información en http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/01/manual_gestion-DIC2011.pdf

⁹⁶ Reglamento sobre Seguridad de los Juguetes, DTO. N°114 DE 2005.

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE MATERIAL DIDACTICO PARA ESTIMULACION 97

MATERIAL	TIPO DE LIMPIEZA	PRODUCTO	DOSIFI- CACION	RESPON- SABLE	FRECUEN- CIA	PROCEDIMIENTO
	DIARIA	DETERGENTE	5gr. x litro	AUXILIAR	DIARIA	1. Lavar con agua tibia y detergente según dilusión.
JUGUETES	<i>Janua</i>	0.5%	agua	THOMEM IN	<i>DH</i> IMI	2. Enjuagar y dejar secar a temperatura ambiente
LAVABLES	TERMINAL	DETERGENTE	5gr. x litro	AUXILIAR	SEMANAL	1. Lavar con agua tibia y detergente según dilusión.
		0.5%	agua	AUAILIAK	SEMENTE	2. Enjuagar y dejar secar a temperatura ambiente
	DIARIA DETERGENTE 0.5% TERMINAL DETERGENTE 0.5%	DIARIA	5gr. x litro agua 5gr. x litro agua			1. Limpiar con paño limpio humedecido en agua jabonosa tibia.
				AUXILIAR		2. Limpiar luego con paño humedecido en agua fría pura.
JUGUETES DE MADERA, LACADOS,						3. Dejar secar al ambiente
PINTADOS O BARNIZADOS				AUXILIAR		1. Limpiar con paño limpio humedecido en agua jabonosa tibia.
						2. Limpiar luego con paño humedecido en agua fría pura.
						3. Dejar secar al ambiente
LIBROS	DIARIA	ALCOHOL		AUXILIAR	DIARIA	1. Limpiar con tórulas con alcohol

RECOMENDACIONES:

Los juguetes deben ser de contextura lavable, usar cualquier amonio cuaternario (detergente) y desinfectarse con alcohol de 70% o más, no de menor concentración. El alcohol no tiene efecto residual, por lo tanto, solo interesa la concentración mínima.

Los libros de lectura deben plastificarse y limpiarse con tórulas con alcohol.

El lavado y desinfección debe realizarse entre pacientes y antes de guardar en mueble cerrado.

⁹⁷ Acción de limpiar la superficie de un material sucio en un baño líquido en el que se disuelven el detergente que ayuda a la limpieza. El detergente debe realizar dos funciones: debe desprender la suciedad de la superficie a limpiar y debe dispersar o disolver la suciedad en el líquido de lavado



El proceso de intervención y trabajo en red de una modalidad de apoyo al desarrollo infantil

I. Proceso de intervención en modalidad de apoyo

La intervención en una MADI en un proceso que tiene etapas fijas, y acciones correspondientes a cada una. En el capítulo de aspectos administrativos se describen con detalle la forma de ingreso del niño(a), el número de sesiones, la frecuencia, el rango de tiempo, y la modalidad individual, grupal, taller o visita domiciliaria. Use esta información para complementar el proceso de intervención en MADI.

Aquí se presenta un resumen útil para orientar las fases del proceso, las acciones mínimas correspondientes a cada fase y los apoyos a los que puede recurrir.

Fases	Acciones	Apoyos
Ingreso (primera sesión)	Saludo efectivo Recepción de antecedentes que trae la familia del centro de salud / otros: Conocer resultado del test de ingreso en déficit o área de rezago, conocer su estado general de salud, conocer antecedentes de salud de la familia. Chequear qué sabe el adulto acerca del por qué el niño(a) ha sido derivado a esta modalidad Alianza terapéutica con el adulto y el niño(a): Retroalimentación al adulto Resumen de aspectos positivos del desarrollo del niño(a) y recursos del niño(a) y cuidador para el mejor desarrollo de áreas deficitarias. Resumen plan de intervención, explicar el modo de trabajo, qué se va a hacer en la próxima sesión, y otros detalles del plan de trabajo. Tarjeta de asistencia, próxima cita, incentivar aviso oportuno si no puede asistir. Acuerdo de trabajo conjunto, firma de Tarjeta de Asistencia. Entrega de contenidos básicos: Desarrollo infantil y la importancia del desarrollo cerebral en la primera infancia. Importancia de cómo la calidad de las interacciones y relaciones del padre, madre y cuidadores influyen positiva o negativamente en el desarrollo infantil. Tarjeta de asistencia: Escriba fecha y hora de la próxima sesión.	Habilidades de relación terapéutica, ver Anexo 3. Hoja de derivación a modalidad , ver anexo 16 Resultados de test de evaluación del desarrollo. Ver ficha clínica Tarjeta de Asistencia, ver anexo 4

Evaluar contexto familiar del niño(a)

- No se reaplica test de desarrollo en la evaluación, se usan los resultados del test con que fue derivado.
- Conocer o construir Genograma

Conocer detalles de la rutina del niño(a):

- Conocer quienes cuidan al niño(a)
- Conocer la estructura de las 24 horas de vida del niño(a): horas de sueño diurno, sueño nocturno, tipo de alimentación, horas de alimentación, prácticas de higiene, momentos problemáticos de la crianza cotidiana.
- Conocer la calidad y cantidad de tiempo compartido: juego, rituales, actividades de estimulación y/o recreación, interacciones, lenguaje recibido.
- Estimar las competencias parentales en funciones básicas: función de consuelo, función de protección y función de exploración.

Evaluación (primera y/o segunda sesión)

Área Lenguaje: En el caso del área de lenguaje, se puede realizar una evaluación más fina con las pautas de cotejo, que orientaran el foco de la estimulación de los dominios más débiles del lenguaje.

Hipótesis diagnóstica: El objetivo es Identificar la o las causas que están a la base del déficit o rezago. Si este se explica por falta de estimulación o estimulación inadecuada, va a tener un buen pronóstico en modalidad o sala. Si hay alguna otra causa a la base, daño neurológico, o algún otro problema de salud, el objetivo no es la recuperación sino el logro del mejor nivel posible del desarrollo, junto con cerciorarse que está siendo tratado por el especialista correspondiente.

Vinculo terapéutico con el adulto y el niño(a)

Trabajo de contenidos básicos:

- Retroalimentación al padre, madre o cuidador, sobre las características positivas del niño(a) en su desarrollo, y sobre lo que se persigue mejorar con la intervención y el apoyo familiar en casa.
- Nuevo concepto de estimulación que se va a usar.

Tarjeta de asistencia: Escriba fecha y hora de la próxima sesión.

Ver ficha clínica u
hoja de derivación
Entrevista al adulto
sobre la vida del
niño(a).
Pautas de Cotejo de
lenguaje según edad
(3 rangos de edad),
ver anexos 5, 6 y 7.
Habilidades de
relación terapéutica,
ver anexo 3.
Tarjeta de Asistencia,
ver anexo 4.

Diseño de plan de intervención

- Número de sesiones según edad y estado del desarrollo.
- Encuadre: elección sesiones individuales, sesiones grupales, talleres grupales, visita domiciliaria en caso de aplique.
- Acuerdo con adulto del plan de trabajo.
- Foco de la atención, elección del área en déficit o rezago, y definición de objetivos específicos.

Derivaciones:

Elaboración

del Plan de

trabaio

(primera

y/o segunda

sesión)

- Considere derivación a médico o a especialista. Sólo los niños(as) con resultados de test del desarrollo en categoría retraso se derivan a médico en paralelo al ingreso a modalidad, quien determina si aplica derivación a neurólogo.
- Considere trabajo en red intrasectorial
- Considere trabajo en red extrasectorial para gatillar prestaciones garantizadas y preferentes.

Capítulo IV Aspectos
Administrativos.
Habilidades de
relación terapéutica,
ver anexo 3.
Tarjeta de Asistencia,
ver anexo 4.
Nota Metodológica
Acompañándote a
Descubrir.

Vinculo terapéutico con el adulto y el niño(a) Trabajo de contenidos básicos:

- Contenido fijo: Mejorar la calidad de las interacciones entre el niño(a) y sus adultos cuidadores.
- Contenido fijo: Foco en el trabajo en el mas área débil del desarrollo integral.
- Contenido fijo: Uso de materiales de estimulación de ChCC que sean atingentes al caso: PARN, Acompañándote a Descubrir y otros disponibles en www.crececontigo.cl

Tarjeta de asistencia: Escriba fecha y hora de la próxima sesión.

Vinculo terapéutico con el adulto, en la antepenúltima y penúltima sesión recuerde que se acerca el cierre del proceso. Resuma avances y logros del niño(a) y áreas que puedan requerir mayor estimulación en el hogar.

Ejecución de estimulación según área del desarrollo y según edad. **Reunión con equipo de cabecera** en caso necesario.

Dar seguimiento a derivaciones realizadas a prestaciones en paralelo, si fuera necesario.

Conexión con sala cuna, jardín infantil o escuela de lenguaje a la que el niño(a) ya asiste, si fuera necesario.

Entrega de contenidos básicos:

- Contenidos flexibles de acuerdo al foco de trabajo.
- Cada sesión debe incluir el foco de mejorar la calidad de las interacciones entre los adultos y el niño(a)
- Visualización de los logros observables en el desarrollo del niño(a)
- Refuerzo positivo a padre, madre y cuidador, por logros alcanzados.
- Visualización del proceso.

Tarjeta de asistencia: Escriba fecha y hora de la próxima sesión.

Habilidades de relación terapéutica, ver anexo 3. Tarjeta de Asistencia, ver anexo 4.

Ejecución plan de trabajo (sesiones 3 hasta penúltima)

Cierre (última sesión)	 Entrega de contenidos básicos: Visualización del proceso Visualización del estado inicial y final del niño(a) Visualización de los logros alcanzados por los adultos en su relación con su hijo. Derivar a reevaluación del desarrollo psicomotor Vínculo terapéutico con el adulto y niño(a), despedida. 	Tarjeta de Asistencia, ver anexo 4. Hoja de derivación a modalidad.
Reeva- luación	Una vez terminada el número de sesiones en la frecuencia planificada, derivar para reevaluación, con instrumento del desarrollo en el centro de salud correspondiente. La evaluación y reevaluación la hace enfermera(o) u otro profesional entrenado, pero no la puede hacer el mismo profesional que realiza la intervención en la MADI. Esto asegura evitar sesgos de evaluación. Si el niño(a) mejora se da de alta. Si el niño(a) no mejora después de la intervención en MADI, se deriva a especialista, según norma técnica del Programa de Salud Infantil.	Norma Técnica del Programa de Salud Infantil.

II. Principios básicos para el logro de efectividad en las intervenciones MADI's

Independientemente de la modalidad implementada, las acciones de estimulación que son efectivas y eficaces, comparten algunos principios esenciales, entre ellos:

- 1 Consideran a la familia como el principal agente de cambio.
- 2 Conocen que el aprendizaje efectivo ocurre en contextos libres de estrés y adecúan sus intervenciones a ello.
- Ejecutan la intervención de acuerdo a un plan de trabajo, específico y personalizado para cada niño/a.
- Conocen que el desarrollo ocurre en un contexto de relaciones y consideran la relación con el cuidador principal como un eje esencial de la intervención
- Conocen que cada niño/a tiene ritmos y características individuales que deben ser consideradas en el plan de intervención.
- 6 Conocen las características de una estimulación adecuada, evitando tanto la sub-estimulación como la sobre-estimulación del niño(a).
- 7 Conocen que la estimulación adecuada en esta etapa tiene efectos a corto, mediano y largo plazo, ya que se realiza en un período sensitivo para el desarrollo cerebral.
- Valoran el rol de las redes de apoyo y de las acciones de conexión con estas como parte esencial de la intervención.

III. Supuestos básicos para el funcionamiento de las MADI's.

- a) El foco de la atención en modalidades de apoyo y sala de estimulación es el trabajo directo, ambiental e interaccional que promueve la estimulación efectiva del niño(a). Este trabajo se basa en las acciones del adulto en modificar espacios, en favorecer posiciones, secuencias de movimiento y actividades de exploración específicas, con materiales adecuados a cada niño(a). Por lo tanto se debe considerar que estas atenciones están dirigidas a niños(as) cuyo pronóstico sea favorable a una intervención ambiental e interaccional. No se debe transformar las modalidades de apoyo al desarrollo en un dispositivo orientado a la rehabilitación de niños(as) con patologías neurológicas u otros problemas de base orgánica, puesto que la oferta de estas acciones corresponde al nivel de especialidad. Aunque existen algunas salas de estimulación en el nivel terciario, ellas deben ser atendidas por especialistas en rehabilitación y no son objeto de esta orientación técnica.
- b) El espacio no es la intervención, el espacio lúdico adecuado de una modalidad de apoyo y de sala, es el contexto en el que se debe producir la intervención, no es una intervención por sí sola. La intervención se produce a través de acción directa del profesional en la organización del espacio físico y la selección de materiales apropiados para favorecer interacciones de exploración específicas de acuerdo a las necesidades del niño(a) y en conjunto a su familia.
- Todo niño(a) debe atenderse con su madre, c) padre y/o cuidador, puesto que las intervenciones efectivas requieren del involucramiento activo del/ los adultos significativos para el niño(a). Asimismo, la separación en este tramo de edad es un factor estresante para el niño(a) y solo se justifica en casos muy específicos, cuando se requiere evaluar el funcionamiento del niño(a) en ausencia de su figura de apego y ello se encuentra asociado a acciones concretas en el plan de intervención, no debe constituirse en una acción común en el tratamiento ya que afecta directamente el logro de sus objetivos. Por el contrario, es importante intencionar en cada sesión de atención la comunicación colaborativa entre el profesional y el adulto responsable del niño(a) en torno a las capacidades y avances del niño(a), junto al modelaje de actividades de estimulación en el hogar pertinentes al plan de intervención.
- d) Por ello, la intervención debe incluir activamente la participación directa del padre, madre o cuidador,

puesto que la idea es que el adulto sea capaz de replicar esta intervención en casa en la medida de sus posibilidades. El agente de cambio es la familia y no el profesional que atiende.

- e) El profesional / técnico que trabaja en cualquier modalidad de apoyo al desarrollo debe estar consciente que para que se produzca un cambio debe tener las habilidades necesarias para vincularse en forma terapéutica con el niño(a) y su familia. Ver Anexo 3.
- f) La manera en que el profesional / técnico se relaciona con el niño(a) constituye también un modelaje interaccional directo para la familia. Por ello, esta relación es también una herramienta muy potente para la intervención y debe siempre centrarse en una aproximación respetuosa al niño(a), el énfasis en sus esfuerzos, logros y recursos y el uso de un lenguaje lúdico, positivo y cálido.
- g) Sonría frecuentemente y use el humor, los niños(as) hablan el lenguaje de los afectos, son expertos lectores del lenguaje corporal y entienden los estados afectivos de las otras personas, aunque no conozcan sus causas.
- h) Por ello, trabaje en la construcción de una relación de calidad con el niño(a) según su edad. Trate al niño(a) por su nombre, trate de obtener información desde el niño(a) en la medida de lo posible, salúdelo a su altura, mírelo a los ojos, y dele la mano. Intente no iniciar ni presionar saludos de besos, porque en general a los niños(as) les agrada más el contacto ocular que el contacto físico con extraños, aunque culturalmente se les fomente el saludo de beso. Inicie la interacción con el niño(a), y dele una actividad temporal cuando requiera concentrarse en hablar con el adulto. Si el adulto descalifica abiertamente al niño(a) detenga la respuesta sin juzgar, cambie de tema pero no siga en esta misma línea, cite y entreviste al adulto en forma separada.

Qué no es una MADI

- No debe ser una oferta de cuidado infantil. La única excepción es la cooperación con el Taller Nadie es Perfecto, en que por acuerdos locales puedan trabajar en conjunto prestando cuidado infantil paralelo durante los talleres.
- No debe ser una oferta de educación preescolar convencional, aunque trabajen educadoras de párvulos, el foco de la atención es el logro de mejorías en algún área del desarrollo a través de la atención directa, del trabajo con los adultos y de modificaciones ambientales para otorgar mejores oportunidades de

interacción ambiental. El contexto de la intervención es salud, no educación.

- No debe ser una oferta de atención sin fin a los niños(as), toda atención debe tener su límite de tiempo, asociado a la causal de ingreso y acorde a los objetivos definidos en el plan de intervención del niño(a).
- No debe ser un espacio donde ocurran otras prestaciones que no se relacionen con las intervenciones descritas.
- No debe transformarse en una oferta de rehabilitación infantil, puesto que es un servicio de estimulación en el nivel primario de la atención en salud, no secundario ni terciario.
- No debe usarse de bodega ni de almacenaje para otros servicios.

IV. Trabajo en red intra e intersectorial.

Dada la integralidad y multidimensionalidad del desarrollo infantil, el trabajo coordinado en red se desprende como principio esencial para el funcionamiento adecuado y efectivo de la oferta de estimulación temprana que se articula en las modalidades.

De esta manera, toda sala de estimulación en centro de salud u otra modalidad de apoyo al desarrollo infantil, debe realizar trabajo en red efectivo tanto en su propio sector (intrasector), como con las instancias pertenecientes a otros sectores de la red comunal (intersector).

a) Trabajo en red en el intrasector (salud)

Estructuralmente, las modalidades de apoyo que pertenecen al área salud forman parte de las unidades de apoyo existentes en el centro de salud y los profesionales y/o técnicos que se desempeñan en la sala de estimulación, deben trabajar coordinadamente con el equipo de salud del centro en general y con los equipos de cabecera de los sectores en particular.

De esta manera, los profesionales de las modalidades del sector salud y de sala de estimulación son parte de una red intracentro, que considera tanto al equipo de cabecera como al el equipo de salud infantil, con quienes es fundamental establecer mecanismos de trabajo colaborativo para favorecer el trabajo efectivo con los niños(as) y sus familias.

El centro de salud ubicado geográficamente al interior de la comuna, forma parte de la red comunal de salud a través del Departamento de Salud o de la Corporación Municipal, según sea su situación contractual. A su vez, éstos forman parte de la red pública de salud del Servicio de Salud, en donde el/la **Gerente Chile Crece Contigo** cumple funciones esenciales relacionadas con la gestión y supervisión técnica del PADB. Asimismo, a nivel regional las acciones se articulan a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y a nivel central a través del Ministerio de Salud.

Rol del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

El PADBP es el programa eje, la puerta de acceso a Chile Crece Contigo. A través de él se realiza el seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud y se detectan, derivan y atienden aquellas situaciones de riesgo que podrían estar afectando el normal desarrollo de los niños(as). Dado el carácter multidimensional del desarrollo, es claro que no todas las aristas presentes en un caso podrán ser resueltas en el ámbito del sector salud y que la efectividad de las acciones suele verse fuertemente comprometida al abordar un problema multifactorial desde un único sector (por Ej.: estimular desarrollo del lenguaje en un niño(a) que está sufriendo una situación de vulneración de derechos, que está al cuidado de una madre deprimida, que vive en un entorno peligroso o con alto grado de hacinamiento, etc.) . Por esta razón, se espera que el sector salud diagnostique, atienda lo que es ámbito de su competencia técnica y derive los casos que lo requieran a la Red Comunal ChCC, de la cual se espera a su vez que sea capaz de articularse efectiva y oportunamente en pos de una adecuada resolución de los casos.

Asimismo, en razón de que a través del PADB se acompaña la trayectoria de los niños(as) desde la gestación hasta el egreso del programa, el seguimiento de los casos derivados constituye una actividad esencial, en particular para el grupo de niños(as) en situación de mayor vulnerabilidad. Por esta razón, la participación activa del sector salud en la red comunal se entiende como una actividad inherente al funcionamiento del PADB.

De esta manera, el trabajo en red incluye no sólo acciones intrasectoriales tales como la participación regular en las

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

reuniones del equipo de cabecera, articulación oportuna con otras prestaciones disponibles en la red de salud (visita domiciliaria, taller de competencias parentales Nadie es Perfecto, otros talleres temáticos, atención de salud mental, entre otros), sino que considera también como aspecto fundamental la relación coordinada y fluida con la red comunal ChCC y la oferta de servicios disponibles en la misma.

b) Trabajo en red en el intersector – la red comunal.

Al interior de la comuna, la red Chile Crece Contigo se articula a través de la Red Básica y la Red Ampliada. La responsabilidad y liderazgo en la articulación y funcionamiento coordinado de ambas instancias recae en el Encargado(a) Comunal Chile Crece Contigo.

Red Comunal Básica

Está compuesta por el Municipio, el sector Salud y el sector Educación.



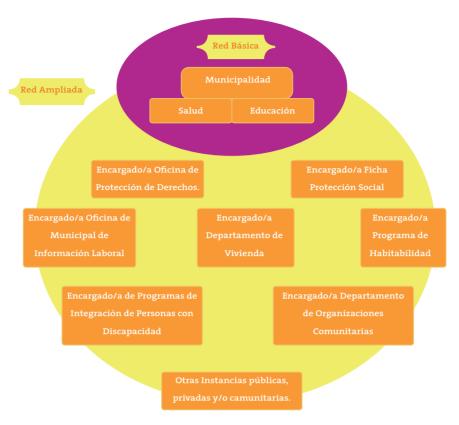
Sectores	Actores
Municipio	Representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de la provisión de servicios o programas de apoyo al desarrollo infantil y fami- liar, entre ellos: Dirección de desarrollo comunitario (DIDECO), encargado(a) municipal de Infancia, encargado(a) de la unidad de subsidios sociales, departamento de asistencia social, unidad de intervención familiar del Programa Puente, Dirección de salud municipal, encargada(o) municipal de educación inicial.
Salud	Representantes de la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal, entre ellos: Centros de salud familiar, consultorios, postas rurales, otros centros de salud.
Educación	Representantes de la oferta de educación inicial a nivel comunal, entre ellos: Directoras(es) de jardines infantiles y salas cuna, equipos técnicos territoriales pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y a la Fundación INTEGRA.

Es a través del funcionamiento coordinado de esta red básica que se articulan las prestaciones ligadas con la oferta de servicios para la primera infancia a nivel municipal, con la red de prestaciones de salud y la oferta de educación pre-escolar existentes en la comuna.

En relación con la coordinación específica entre las modalidades y el área de educación, particularmente con salas cunas y jardines infantiles, se recomienda el intercambio fluido de información respecto a los niños(as) que se atienden en común, evaluar conjuntamente las posibilidades de que se realicen modificaciones pertinentes para la mejor estimulación del niño(a) en sala cuna o jardín infantil y considerar en el plan de trabajo las posibilidades de sinergia con otras modalidades de estimulación existentes en el territorio.

Red Comunal Ampliada

Chile Crece Contigo opera también a través de la acción coordinada de la **Red Comunal Ampliada** (Red Básica más otros servicios tales como FPS, OPD, OMIL, ONG`s; y otros), en la atención de las familias con niños(as) entre o y 4 años.



b) Activación oportuna de prestaciones

Mediante el funcionamiento coordinado de la red comunal básica y ampliada es que se potencia la articulación oportuna de las prestaciones definidas en la Ley 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 98:

Prestaciones garantizadas:

Acceso a ayudas técnicas para niños(as) que presenten alguna discapacidad.	Para niños y niñas que pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional.
Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.	Para niños y niñas cuya madre, padre o cuidador(a) se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional.
Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes.	Para niños y niñas cuya madre, padre o cuidador(a) se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional.
Acceso a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes.	Para los niños y niñas cuyos padre, madre o cuidador(a) no trabajan fuera del hogar.
Acceso garantizado a Chile Solidario	Para las familias de niños y niñas en gestación y que cumplan con los requisitos de acceso a Chile Solidario.

Prestaciones de acceso preferente:

Forman parte de las prestaciones diferenciadas para las familias con niños y niñas en primera infancia y que formen parte de hogares del 40% más vulnerable de la población nacional.	
Subsidio Familiar (SUF)	Garantizado a contar del 5to mes de gestación y hasta que el niño o niña cumpla los 18 años de edad, en la medida que cumplan con los requisitos establecidos por la ley.
A programas tales como:	
Nivelación de estudios, inserción laboral, mejoramiento de las viviendas y condiciones de habitabilidad, atención de salud mental, asistencia judicial, prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil.	Acceso preferente de las familias a la oferta de servicios públicos de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos(as).

De esta manera y con el fin de lograr un resultado óptimo de las intervenciones que se realizan en sala y otras modalidades, se requiere del trabajo coordinado con las instituciones comunales pertinentes, articulando las derivaciones de acuerdo a las características y necesidades específicas del niño(a) y su familia (por Ej.; Ficha de protección social, sala cuna y jardín infantil, servicios municipales de habitabilidad, capacitación, intermediación laboral, oficina de protección de derechos, escuelas de lenguaje, etc.).

Otro desafío de este trabajo en red, es poder servir de apoyo para las actividades comunales que buscan generar participación comunitaria con los grupos y organizaciones representativas en torno a la promoción del desarrollo infantil, y en temas de defensa y promoción del desarrollo infantil temprano, para sensibilizar acerca de las necesidades de los niños y niñas en la primera infancia y a orientar a los adultos, especialmente a los padres y madres, en materias de cuidado y estimulación, como parte fundamental del sistema de protección infantil 99.

Por otro lado y en relación con los casos de niños(as) que presentan algún factor de riesgo biopsicosocial, la intervención en la modalidad debe acompañarse necesariamente de las acciones pertinentes a nivel intra e intersectorial, que permitan favorecer resultados positivos de la intervención y contribuir a mitigar los efectos de estos factores de riesgo en el desarrollo del niño(a). No es misión de la modalidad subsanar los riesgos detectados, pero sí es función esencial de las mismas realizar las acciones de intervención/derivación intra e intersectoriales que correspondan (ver descripción en Capitulo V), junto con la activación de las alertas de vulnerabilidad correspondientes en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM). Asimismo, corresponde al encargado(a) comunal la gestión de estas alertas de vulnerabilidad y las acciones de coordinación de la red que se requieran para su resolución, como se explicará en el siguiente apartado.

V. Alertas de vulnerabilidad del niño(a), incluidas en el SRDM, acciones y sectores involucrados

A continuación se detallan las alertas de vulnerabilidad del niño(a), incluidas en el SRDM y las acciones y sectores involucrados para cada una de ellas. Como se observa, muchas de ellas son complementarias a las acciones descritas en caso de detección de Riesgo Biopsicosocial:

	INDICADOR	DERIVACIONES (Acciones)	Área Derivación (Sectorialista)
	Cuidador/a no	Visita Domiciliaria realizada por Asistente Social del Centro de Salud	Salud
1 emparentado y no tutor legal	Apoyar la regularización de la tutoría legal del niño(a) a quien corresponda, de acuerdo a normativa legal vigente	Social	

⁹⁹ Se sugiere revisar la "Guía para la promoción del desarrollo infantil en la gestión local", disponible en http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/

2	La madre del niño/a tiene escolaridad incompleta	Promover la reinserción escolar para completar estudios, si se encuentra interesada	Educación
3	Madre estudiando, menor de 17 años 11 meses	Gestionar el ingreso del niño/a a Sala Cuna o Jardín Infantil de acuerdo a su edad, si corresponde	Educación
		Plan personalizado de Salud con VDI. Un énfasis de la VDI debería apuntar a verificar que el niño/a tenga alternativas disponibles de cuidado infantil para que la madre permanezca en el sistema educativo.	Salud
		Verificar inscripción en el registro nacional de discapacidad	Discapacidad
		Provisión de Ayuda Técnica, si corresponde	Discapacidad
		Postulación de la madre a PBS o APS según corresponda	Discapacidad
4	Madre del niño/a con discapacidad permanente	Promover la incorporación de la madre o tutor a talleres de capacitación o habilitación para estimular el desarrollo infantil de sus hijos(as)	Discapacidad
		Promover la incorporación del niño/a a instancias de estimulación para su desarrollo infantil, dependiendo del tipo de discapacidad de la madre. padre o cuidador(a).	Discapacidad
		Protocolo aplicado según lo establecido y cuando corresponda plan personalizado elaborado; visita domiciliaria integral realizada y registrada en sistema.	Salud
	Niño/a afectado/a por alto riesgo biomédico	Derivación Encargado/a Comunal CHCC cuando la situación corresponde a riesgo de tipo social que requiere una intervención integral por parte de la red	Salud
5		Protocolo aplicado según lo establecido y cuando corresponda Plan personalizado elaborado; Visita(s) Domiciliarias Integrales realizadas y registradas en Sistema	Salud
		Incorporación a Programas de Apoyo que corresponda según el tipo de vulnerabilidad social detectada, a partir de la derivación realizada por Salud	Social
6	Niño/a con resultado anormal o muy anormal en evaluación del neurodesarrollo	Aplicación del Protocolo de prestaciones y/o Plan personalizado de salud.	Salud
7	Niño/a con resultado alterado en pauta de riesgo biopsicosocial para ingreso a MADI	Acciones intersectoriales según ítem(s) de riesgo (descritas en capítulo IV)	Según ítem

8	Niño/a con resultado alterado en Escala de apego	Aplicación del Protocolo de prestaciones y/o Plan personalizado de salud.	Salud
	Niño/a con resultado	Aplicación del Protocolo de prestaciones y/o Plan personalizado de salud.	Salud
	rezago, riesgo o retraso pesquisado por	Derivación a modalidad de apoyo al rezago existente.	Social
9	aplicación de EEDP o TEPSI	Gestionar el ingreso del niño o niña a la modalidad de atención al rezago, cuando ésta depende de la red comunal.	Social
		Aplicación del Protocolo de prestaciones y/o Plan personalizado de salud	Salud
10	Niño/a cuya madre presenta resultado alterado en aplicación de Escala de Edimburgo	Derivación al Encargado/a Comunal CHCC cuando se detecta una situación correspondiente a un riesgo de tipo social que requiere de una intervención integral por parte de la red	Salud
		Incorporación a Programas de Apoyo que corresponda según el tipo de vulnerabilidad social detectada en VDI, a partir de la derivación realizada por Salud	Social
11	La familia del niño/a no tiene aplicada la Ficha de Protección Social (FPS)	Gestionar aplicación de la Ficha de Protección Social	FPS
12	La familia del Niño/a tiene 11734 puntos o menos en la FPS.	Acceder al SUF, si cumple requisitos	Social
13	La familia pertenece al 5% más vulnerable según FPS y no pertenece a Chile Solidario	Postular ingreso prioritario a Ingreso ético familiar	Social
	La familia pertenece al 5% más vulnerable	Promover el acceso a todos los subsidios sociales y prestaciones monetarias a los que la familia del niño/a tenga derecho, cuando corresponda	Social
14	según FPS y pertenece a Chile Solidario	Gestionar el acceso preferente del niño/a y su familia a los Programas municipales de asistencia y promoción social, de acuerdo a requerimientos	Social
15	La madre o responsable legal está estudiando, trabajando o buscando trabajo y pertenece al 60% de familias más vulnerables	Postular ingreso prioritario a Sala Cuna o Jardín Infantil (JUNJI o Integra), según corresponda por edad	Educación

	Según FPS, en la familia del niño/a no existen adultos que generen ingresos	Fomentar la inscripción de los adultos de la familia del niño/a que se encuentren sin trabajo en la OMIL que corresponda	OMIL
16		Postular el acceso prioritario de los adultos de la familia del niño/a a programa de inserción laboral o generación de ingresos	OMIL
		Plan personalizado de salud con VDI, para niño o niña que presenta alto riesgo biomédico	Salud
	La vivienda del niño/a presenta	Visita Domiciliaria para conocer características particulares de la situación de habitabilidad de gestantes no integradas a Programa de VDI	Vivienda
17	condiciones precarias de habitabilidad según FPS	Gestionar el acceso preferente de la familia del niño o niña a los Programas municipales de habitabilidad y asistencia social de emergencia, de acuerdo a requerimientos	Vivienda
		Promover la postulación de la familia del niño o niña a subsidio de vivienda, en cualquiera de sus modalidades	Vivienda
18	Niño o niña pertenece al 60% más vulnerable según FPS y no Asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil	Postular ingreso prioritario a Sala Cuna o Jardín Infantil (JUnji o Integra), según corresponda por edad según los requisitos de la Ley 20.379	Educación
	Niño o niña presenta discapacidad permanente	Verificar inscripción en el registro nacional de discapacidad	Discapacidad
		Provisión de Ayuda Técnica, si corresponde	Discapacidad
19		Postulación a Subsidio de Discapacidad Mental o Subsidio de Invalidez, según corresponda. Siempre y cuando cumpla requisitos de postulación.	Social
		Protocolo aplicado según lo establecido y cuando corresponda plan personalizado elaborado; visita(s) domiciliarias integrales realizadas y registradas en sistema. Derivación a sala de estimulación o modalidad equivalente (acción complementaria a intervención de rehabilitación en nivel de especialidad).	Salud

VII. Coordinación inter-sectorial

Para el logro de una coordinación efectiva de la red, se considera como una herramienta básica el contar con un catastro actualizado de la oferta de servicios disponibles en la red local, denominado **Mapa de Oportunidades** 102, que contenga al menos: descripción de los servicios, población objetivo, criterios de ingreso y vía de derivación, dirección, teléfonos, correo electrónico, persona de contacto. Asimismo, como se mencionó previamente, este catastro debe ser actualizado al menos de manera anual y estar disponible en todas las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Asimismo, debe ser difundido en las reuniones de equipo, red comunal básica y ampliada en formato impreso y/o electrónico.

Para facilitar estas acciones, el Ministerio de Desarrollo Social pone a disposición de todos los municipios, recursos financieros a través del Fondo de Fortalecimiento Municipal, destinados a favorecer que la Red Chile Crece Contigo cuente con las herramientas necesarias para su óptimo funcionamiento. Esto incluye la elaboración y actualización del Mapa de Oportunidades y Flujograma de Derivación de la red comunal.

Como se mencionó previamente, el responsable técnico de ejecutar esta tarea, es la persona designada como Encargada/o" de la Red Comunal ChCC y es parte de la función administrativa de la/el Encargada/o de modalidad el colaborar en su elaboración y actualización, junto con asegurar su uso efectivo en la derivación oportuna de niños(as) y sus familias a los servicios y prestaciones pertinentes según sus necesidades.

Por otro lado, se considera también actividad esencial del trabajo en red de toda modalidad, el tener su información registrada y actualizada en el Directorio de Modalidades ¹⁰³, disponible en la web de Chile Crece Contigo. Es a través de esta herramienta que no sólo la red comunal sino también las familias beneficiarias conocen y pueden hacer uso efectivo de las acciones de apoyo al desarrollo infantil descritas en estas orientaciones. Esta información debe ingresarse a través del formulario disponible para ello en el sitio web ¹⁰⁴ (Anexo 8) y ser actualizada al menos de manera semestral, siendo responsabilidad de la/el Encargada/o comunal ChCC el asegurar que ello ocurra.

Finalmente, se consideran acciones valiosas para nutrir el trabajo en red, la realización periódica de Jornadas de Buenas Prácticas, focalizadas en el compartir iniciativas exitosas y fortalecer la gestión inter e intra-sectorial, sean realizadas a nivel comunal, regional o nacional. Se recomienda difundir estas actividades y sus productos ¹⁰⁵ a través del sitio web de Chile Crece Contigo (www.crececontigo.cl) y/o la web del componente de salud de ChCC (www.chccsalud.cl).

Capítulo VI:

Insumos para intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo y la prevención secundaria de alteraciones en el contexto de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.

Este capítulo contiene insumos para la ejecución del plan de atención individual. Se debe dejar en claro que las intervenciones requieren capacitación y entrenamiento específico del recurso humano y que esta orientación técnica por sí sola no es suficiente para asegurar la efectividad de las intervenciones.

Cada plan de intervención debe considerar la estructura del proceso administrativo (capítulo IV) y del proceso de atención (capítulo V) que sugiere:

- Establecimiento de una relación de alianza terapéutica con los adultos que acompañan al niño(a).
- Consideración de la categoría del desarrollo del niño(a) para la planificación de aspectos administrativos de su plan de atención.
- Consideración de las características del contexto familiar.
- Trabajo en red para gatillar las prestaciones necesarias para la familia.
- Detectar si existen situaciones de estrés tóxico en la vida del niño(a) y activar la red en casos en que sea necesario.
- Fomentar el bienestar emocional del niño(a) a través del mejoramiento de competencias parentales, derivar al Taller Nadie es Perfecto en casos en que sea necesario.
- Trabajar siempre con los adultos en la sesión como agentes de cambio en el desarrollo de su hijo(a).
- Referencia y contrareferencia con el equipo de salud.

I. Las intervenciones para la prevención secundaria de alteraciones en el desarrollo

- a) Trabajar en el foco débil del desarrollo, es decir para la atención del déficit (retraso y riesgo):
- Para lenguaje, el capítulo VIII da sugerencias específicas de acciones según edad.
- Para desarrollo psicomotor y socio emocional, ver capítulo VII con sugerencias específicas de acciones según edad.
- Visita domiciliaria con foco en el lenguaje, ver capítulo VIII.
- Visita domiciliaria con foco en el desarrollo psicomotor, ver fichas técnicas de la Orientación Técnica de Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia, disponible en www.creecontigo.cl
- Atención directa individual o grupal: al principio setting individual y luego alternar con sesiones grupales.
- Reunión con equipo de cabecera sobre caso específico.
- Reunión con equipo intersector sobre caso específico.
- Taller educativo grupal para la prevención de alteraciones en el desarrollo con foco específico: motor, lenguaje, socio-emocional, cognitivo.
- b) Trabajar con niños(a) en riesgo biopsicosocial, ver capítulo IV, apartado Detección e intervención en casos de riesgo biopsicosocial.

II. Insumos para las intervenciones para la promoción del desarrollo infantil

En este apartado se entregan insumos para la construcción de sesiones grupales, tipo taller, para la promoción de un área específica del desarrollo.

- Insumos para el taller grupal de fomento de posición prona (2 a 8 meses): área motora y socioemocional.
- 2. Insumos para el taller grupal de fomento temprano de lenguaje (3 a 12 meses): área lenguaje, cognitiva y socio emocional.

- 3. Insumos para el taller grupal fomento de juego interactivo (6 a 24 meses): área socio emocional, cognitiva y lenguaje.
- 4. Insumos para el taller grupal de construcción de juguetes caseros (4 a 24 meses): área cognitiva y socio emocional.
- 5. Insumos para taller de recomendaciones de uso de equipamiento para la promoción del desarrollo: área física y motora.
- 6. Insumos para el taller de seguridad y prevención de accidentes
- 7. Insumos para taller de uso efectivo del material de estimulación de Chile Crece Contigo.
- 8. Insumos para el taller de fomento de interacciones cara a cara
- 9. Insumos para intervenciones de promoción del desarrollo socioemocional
- 10. Díptico: Las 10 cosas que tu hijo necesita, Anexo 13
- 11. Díptico: Tips para el fomento de lenguaje, Anexo 17
- 12. Anexo 14 Juegos recomendados según edad.

1) Insumos para el taller grupal de fomento de posición prona 106 (2 a 8 meses)

a) Objetivo: Facilitar la construcción autónoma de las posturas decúbito lateral, decúbito ventral.

b) Importancia de la posición prona:

En el año 1946, y después de más de 10 años como pediatra de familia, la Dra. Emmi Pikler (1902-1984) es designada por el Gobierno Húngaro para asumir la dirección de un Instituto Metodológico y de Investigación de la pequeña infancia, creado para acoger a bebés, niñas y niños pequeños abandonados por sus familias debido a diversos motivos en el contexto del fin de la 2da guerra mundial. Es en este Instituto, denominado Lóczy, donde Pikler logra comprobar, a través de una investigación longitudinal, con 722 bebes, la existencia de una génesis fisiológica del desarrollo de las posturas y los movimientos en el ser humano, que comienzan con la postura prona 107. Apoyado en su espalda el bebé tiene más posibilidades de movimiento de las cuatro extremidades, de rotación de la cabeza libremente hacia algún estímulo que llame su atención, o para hacer contacto con su figura vincular, y lo más importante, es que se encuentra cómodo, con una amplia base de sustentación que no le genera desequilibrios ni inseguridad.

Este desarrollo motriz que comienza en la postura decúbito dorsal, está caracterizado por la aparición de posturas y movimientos descubiertos y denominados por Pikler como "intermediarios o transitorios", que son adquiridos progresivamente, y son además preparatorios de las posturas e hitos conocidos como fundamentales, entre ellos se encuentras las posturas decúbito lateral, ventral, acodado, semisentado, cuadrupedia, arrodillado, etc. Esto plantea una diferencia importante respecto de los hitos madurativos reconocidos habitualmente en las escalas de desarrollo postural y motor, en donde se acepta que el aprendizaje de ciertos movimientos o posturas por parte del bebé, es precedido por actitudes precarias, inestables, mal coordinadas, logradas fundamentalmente por la insistencia de la ejercitación con ayuda del adulto. Como menciona la Doctora en psicología Chokler 108 "la postura sedente por ejemplo, con la "cifosis fisiológica" reconocida por Gesell como propia de una etapa del desarrollo, es producto de colocar sentado a un niño(a) cuyo tronco aun no está suficientemente maduro para sostenerlo, con las consecuencias tónico, posturales, práxicas y emocionales derivadas de esa actitud. Es decir, todo su ser psicomotor está siendo sobre exigido en sus capacidades actuales, para ser sometido a situaciones artificiales, que no puede mantener, ni controlar, ni transformar por sí mismo; quedando entonces a merced de un adulto que le cambie de postura, generando una sobre dependencia innecesaria.

El descubrimiento de la Dra. Pikler nos ha permitido observar que efectivamente, la adquisición de las posturas más esperadas (como la sedente, bípeda y la marcha) son construidas por las niñas y niños pequeños a partir de la maduración de su Sistema Nervioso (Leyes céfalo-caudal y próximo distal), de su propia ejercitación motriz autónoma y su iniciativa, en donde se manifiesta el impulso epistémico de la persona, dando curso a su exploración del mundo desde una postura cómoda, que le permite moverse con seguridad y confianza en sus propias competencias. Este tipo de desarrollo ayuda a la constitución de un psiquismo sano, pues el bebé no se siente sobre exigido a realizar actividades y posturas que no puede mantener autónomamente, eliminando el riesgo de sobre protección y sobre estimulación, que fomenta la construcción de personas más inseguras y dependientes. Mientras que la actitud respetuosa de la figura adulta en cuanto a la maduración del bebé y sus iniciativas para cambiar de postura fomentan la adquisición de posturas autónomas que garantizan la estabilidad emocional, la seguridad y confianza en sus capacidades motrices, pues el bebé se da cuenta de su efectividad en las acciones que realiza sobre el mundo, desarrollando un profundo sentimiento de "Competencia", base motriz estructural de la autoestima futura de la persona.

c) Frecuencia de la postura Decúbito Dorsal:

Se recomienda que sea diaria, cotidiana. La idea es que durante todos los momentos que el bebé no esté siendo atendido en la muda, alimentación, etc., permanezca de espalda en la alfombra de goma Eva. En su casa se debe buscar un lugar limpio, bien ventilado, bien iluminado con luz natural, con algunos objetos pertinentes alrededor. Durante el taller se deben mantener estas condiciones y organizar los grupos por niveles de desarrollo más que por edades, observando el nivel de movilidad sobre todo, para distinguir entre quienes aún no se desplazan, que niños(as) están comenzando a desplazarse y quienes ya se desplazan de diversas formas: hay niños(as) que lo hacen girando repetidamente sobre su eje en forma horizontal, y otros que reptan de diferentes formas.

d) Progresión inicial, organización de los grupos y el espacio y selección de materiales por grupo:

Comenzando a desplazarse hasta girar: este grupo es el de los bebes más pequeños, que solo pueden permanecer de espaldas sin lograr aún cambiar autónomamente su postura, pero lo irán logrando en la medida que avance su maduración y ejercitación autónoma hasta ponerse de costado. Ocupan poco espacio aún porque comienzan con las primeras reptaciones de espalda y los intentos de ponerse de costado, por tanto se puede trabajar con 3 o 4 bebes dependiendo del espacio disponible, a razón de un metro cuadrado por bebé. Los objetos ideales son: La alfombra de goma Eva en el suelo, una colchoneta delgada (2cm) o una alfombra limpia, la idea es que el bebé perciba su peso en una superficie más dura que el colchón de la cuna y no se hunda al intentar cambiar de posturas. Los objetos deben ser livianos, fáciles de tomar y manipular, de colores atractivos, tales como telas pequeñas, sonajero, recipientes plásticos pequeños (redondo, ovalado), etc., la idea es poner los objetos cerca de la visual y alcance del bebé, pero no entregárselo o ponérselo en la mano, sino esperar su iniciativa de tomarlo por sí solo.







Cuando es capaz de comenzar a utilizar la postura decúbito lateral, los objetos deben alejarse un poco para incentivar al bebé a un mayor desafío de alcanzar un objeto más lejano. Considerando esto el espacio debe incrementarse a 1,5 metros cuadrados por bebé. Los objetos deben conservar las características antes mencionadas, algunos se pueden mantener (tela, sonajero) pero también se deben introducir algunos nuevos, como pelotas que rueden muy lentamente (de género, lana o hilo y rellenas de arroz, etc.), recipientes planos y hondo de diferentes colores y dos tamaños (pequeño y mediano), muñecas(os) de género, etc. Luego de la postura decúbito lateral el bebé logrará ponerse en decúbito ventral, quedando en un principio su brazo aprisionado. En esta situación recomendamos no ayudarle a sacar el brazo sino que más bien hablarle sobre la situación y preguntar si desea que le vuelva a la postura de espaldas inicial. Habitualmente los bebes ejercitan mucho este cambio postural antes de dominarlo completamente, por lo que se debe tener paciencia en esperar el proceso individual de cada bebé.











Otros logros motores

Después de permanecer de guatita, se espera que el niño(a) vaya progresando a posiciones de transición, las que son muy variadas, va a aprender a semisentarse, a apoyarse en rodillas y manos, a arrastrarse, y todo esto se puede realizar en la alfombra.

Alrededor de los ocho o nueve meses, es probable que el niño o niña empiece a gatear o avanzar, luego empezará a intentar ponerse de pié con apoyo y ensayar marcha lateral, antes de que logre la marcha autónoma.

Rol de papá, mamá y cuidadores

El rol del adulto es acompañar (esto da seguridad afectiva al bebé), poner objetos atractivos y seguros al alcance del bebé, vigilar que el lugar donde se pone la alfombra sea seguro y esté limpio, tapar enchufes a su alcance. **No debe** forzar ni exigir posiciones que el niño o niña no pueda alcanzar por sí solo. Lo más importante es que el adulto observe y diga en voz alta lo que hace el niño(a) o lo que se imagina que quiere hacer o lograr. Además de velar que el bebé esté con sus necesidades fisiológicas satisfechas cuando se ponga en la alfombra. Recalcar que siempre se debe acompañar a los bebés pequeños, pero sobretodo la posición boca abajo debe acompañarse siempre. El adulto, a través de la interacción en el juego y con cariño, ofrece la seguridad física y emocional necesaria para facilitar la exploración del niño(a); debe velar y facilitar que sea una experiencia grata para el bebé.

2) Insumos para el taller grupal de fomento temprano de lenguaje 109 (3 a 12 meses)

Entre los 3 y los 12 meses se presenta el máximo nivel del período sensible para el aprendizaje del lenguaje, por lo tanto estimular lenguaje en este periodo es más efectivo que hacerlo después, la metáfora de sembrar lenguaje durante el primer año para cosechar después sirve para contrarrestar la resistencia de algunos padres, madres y cuidadores de hablarle a las guaguas quienes "no pueden hablar".

Las mismas características del cuidador que hacen del juego un juego sensible, son las que facilitan el despliegue de las capacidades lingüísticas, donde la habilidad para responder contingentemente al niño(a), es la más relevante. Esta respuesta debe estar orientada al foco de atención, interés o sentimiento del niño.

¿Qué es lo esencial para promover el lenguaje?

Responder al niño(a) en forma verbal, contingente y en turnos.

¿Cómo puede responder el cuidador en la interacción?

El cuidador puede responder a;

- las iniciativas verbales (balbuceos, palabras y frases)
- las iniciativas no verbales (gestos, expresiones faciales y miradas).
- las iniciativas de exploración o juego.

Ejemplo: "Respondo a tu interés"

La madre de un niño(a) de 14 meses, hace sonar un triangulo al ver que el niño sonríe y agita los brazos la madre continua haciéndolo sonar y le dice, "parece que te gusta esta canción"

109 Extraído de: Nadie es Perfecto Intensivo: Manual del Facilitador, con autorización MINSAL, MDS y Banco Mundial. Autores: Equipo programa de promoción del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos". Mayor información: www.crececontigo.cl/adultos/nadie-es-perfecto - www. juguemosconnuestrosniños.cl 110 Equipo nacional Chile Crece Contigo.

(La madre responde a los gestos del niño(a) de sonreír y mover los pies, ambas iniciativas no verbales, y responde continuando el juego de hacer sonar el triángulo y diciéndole lo que ella se imagina)

¿Cómo puede responder el cuidador en el juego? El cuidador puede responder no verbalmente:

1. Mediante miradas o gestos

Ejemplo: "Apoyo lo que haces"

La madre de un niño de 9 meses, que gatea hacia
otra pieza mientras mira a su madre, mira al niño(a)
con un gesto de confianza y aprobación.

(La madre y el niño se comunican NO verbalmente
mediante miradas que indican un interés)

2. Con su cuerpo

Ejemplo: "Hago gestos contigo"

La abuela de un niño(a) de 2 años, que se sorprende jugando con un puzle, se da cuenta y le expresa ella sorpresa al niño(a) tapándose la boca, ambos lo hacen en una manera sincrónica.

(La abuela responde a la sorpresa del niño mediante el gesto de taparse la boca)

El cuidador puede responder verbalmente:

1. Imitando las expresiones del niño(a) y ampliando su vocabulario

Ejemplo: "Repito lo que mi hija dice"

La madre de una niña de 20 meses que mientras le pinta las uñas le dice "a ñuña", ella le responde diciendo "Las uñas. Si, tus uñas van a quedar lindas como las de una princesa". La madre repite la frase en forma correcta sin decirle que se equivocó puesto que no es necesario, basta que ella lo diga correctamente.

(La madre responde repitiendo la palabra de la niña y luego haciendo un comentario al respecto que amplía el vocabulario de la niña)

 Nombrando objetos y eventos, focalizando en la atención del niño(a), es decir poniendo palabras a lo que este tiene en mente

Ejemplo: "Digo lo que creo que estás pensando"

El padre de un niña de 24 meses, que juega con unas figuritas de madera, le dice "te gustan los animales, son como los que aparecen en tu libro de la granja"

(El padre responde al foco de interés de la niña, la granja, y pone en palabras lo que piensa que a la niña le qusta e interesa)

 Describiendo las actividades del niño(a) a modo de relato descriptivo

Ejemplo: "Describo lo que haces"

VI

La madre de un niño de 30 meses, que juega al doctor, describe lo que el niño hace diciendo "Ah! Estás examinándome. Escucha como suena mi corazón. Auchiiii, me duele también el pie, me lo podrías mirar, tal vez necesito que me pongas un parche"

(La madre responde al interés del niño, describiendo con entusiasmo lo que el niño está haciendo)

4. Haciendo referencia a sus emociones, nombrándolas y ayudando al niño(a) a encontrar palabras para expresarlas

Ejemplo: "Digo lo que creo que estás sintiendo"

Los padres de un niño(a) de 4 años, que juega a armar animales de plasticina y está enojado porque se le desarman, le dicen "Te frustra y enoja que se te desarme el león ¿no? Llevas mucho rato trabajando en él ¿Quieres que te ayude a armarlo nuevamente?

(El padre al nombrar la emoción de frustración permite que el niño pueda reconocerla para poder manejarla mejor)

5. Haciendo referencia a sus iniciativas y verbalizándolo que el niño(a) puede estar pensando

Ejemplo: "Digo lo que haces y lo que creo que piensas o sientes"

La madre de una niña de 2 años, al verla escoger un cuento, le dice "Veo que escogiste el cuento de la chinita, quizás te gustó porque es como la que vive en la plaza, la vimos volar"

(La madre pone en palabras lo que la niña está haciendo y sus motivaciones)

6. Haciendo preguntas abiertas que promuevan la participación del niño(a).

Ejemplo: "Te hago preguntas abiertas sobre lo que haces"

La madre de un niño(a) de 3 años, que juega a cocinar, dice "¿Cuéntame qué estás haciendo? (La madre, al preguntar en forma abierta por lo que el niño está haciendo, fomenta que el niño elabore una respuesta que debe ser más rica y compleja como "Estoy cocinando la papa". Si preguntara en forma cerrada como por ejemplo "¿Estás cocinando?, la respuesta podría ser tan solo un "si" o "no")

7. Manteniendo un diálogo que sea significativo para el niño(a)

Ejemplo: "Hablo sobre lo que haces y lo que significa para ti"

Una madre sube a su niño de 7 meses a un caballo de madera y el niño exclama "Ba baba ba", ella responde "Si, un caballo, como el que te llevó a conocer el abuelo cuando fuimos al sur"
(La madre da significado al quehacer del niño
asociando su actividad con hechos conocidos que
involucran afectivamente al niño, como lo es su
relación con su abuelo)

El diario vivir ofrece un sinfín de experiencias para el niño(a) que son oportunidades de aprendizaje y desarrollo, como la muda, el baño, la cena, compartir en la mesa con la familia, el juego con los hermanos, pasear a la plaza o la feria, acompañar al cuidador en las labores del hogar, entre otras tantas.

3) Insumos para el taller grupal fomento de juego interactivo¹¹¹ (6 a 24 meses)

(USE ANEXO 14 DE JUEGOS RECOMENDADOS SEGÚN EDAD)

1. Compartir un momento de placer conjunto donde el niño(a) es el centro.

El niño(a) aprende por medio de interacciones que involucran un intercambio afectivo, las experiencias cotidianas de interacción con otro en un contexto de placer y significado potencian aún más este aprendizaje. Es fundamental promover que el encuentro del cuidador con el niño(a) en el juego sea desde el placer, la seguridad y el cariño. El juego con el niño(a) NO es una tarea, es un espacio de gratuidad y de encuentro con el otro.

2. La participación sensible del cuidador en esta interacción

Se trata de un juego sensible cuando hay un cuidador que lee las señales del niño(a), las interpreta o intenta entender su punto de vista y responde o reacciona en sintonía con las necesidades de él o ella. Así, el juego se convierte en un espacio único de interacción cuidador—niño(a), que ofrece la oportunidad de enriquecer el vínculo afectivo entre ambos porque estarían involucrados en una actividad de encuentro, sintonía afectiva y reciprocidad.

a) Leer las señales del niño(a)

El primer paso para lograr un juego sensible es leer las señales del niño(a). Por señales se entienden aquellas iniciativas del niño(a) que buscan comunicar a otro y despertar una respuesta en él o ella, o bien aquellas iniciativas que indican qué está experimentando el niño(a) y qué quiere o no quiere en relación a una interacción o actividad.

¹¹¹ Extraído de Nadie es Perfecto Intensivo: Manual del Facilitador, con autorización MINSAL, MDS y Banco Mundial. Autores: Equipo Programa de promoción del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos".

Algunas señales son:

- Las vocalizaciones
- El llanto
- Las miradas
- Los gestos
- Los silencios
- Apuntar con el dedo o mostrar
- Las expresiones verbales como las palabras, las frases y preguntas, entre otras.
- La presencia o ausencia de movimientos

Cuando un adulto y un niño(a) se disponen a jugar es importante reconocer primero las señales del niño(a), esperando que sea éste quien tome la iniciativa, como por ejemplo; que éste muestre señales de interés por un objeto o una actividad, pues ello indicará el foco de interés, atención, o afecto. Esto permite que el cuidador siga la señal y la transforme en un foco de atención conjunta con significados compartidos. El foco de atención del niño(a) es la puerta de entrada para construir relaciones, compartir afectos y significados personales.

b) Interpretar las señales niño(a)

El paso siguiente a leer las señales del niño(a) es interpretarlas, es decir, intentar entender su punto de vista o atribuirles un significado compartido que considere las necesidades del niño(a).

Aquí es fundamental entender las señales que tienen que ver con emociones, como por ejemplo las señales de cansancio, de frustración, de aburrimiento, de miedo, de pena, así como las de alegría, entusiasmo, curiosidad, orgullo, entre otras. Esto permitirá que el niño(a) se sienta entendido por el cuidador, ayudará a establecer una comunicación y le dará confianza al niño(a).

c) Responder a las señales del niño(a) en forma adecuada y oportuna

Luego que el niño(a) toma la iniciativa emitiendo alguna señal es importante que el cuidador tenga temporalidad en la respuesta, es decir que responda "aquí y ahora" cuando está sucediendo la interacción y que las respuestas sean adecuadas, es decir que esté conectada con la señal. Más adelante se discute en detalle los tipos de respuestas posibles del cuidador al niño(a).

d) Toma de turnos entre el niño(a) y el cuidador

Es fundamental que el cuidador dé tiempo a la reacción y respuesta del niño(a) para que efectivamente haya una toma de turnos donde se construye un ir y venir de contenido. De esta manera se ayudará al niño(a) a reconocer que cada uno tiene un lugar o papel en la interacción.

4) Insumos para el taller grupal de construcción de juguetes caseros 112 (4 a 24 meses)

Recuerde que para jugar:

No necesitamos tener objetos de alto costo ni difíciles de encontrar sino más bien objetos simples que permitan al niño(a) desarrollar su imaginación y creatividad.

Para jugar sólo se necesita el tiempo y la intención.

1. LUGAR. Cualquier lugar sirve. Lo importante es ambientar un espacio de juego cálido y acogedor que llame al juego, para esto una buena alternativa es comenzar poniendo en el piso alfombras, mantas, frazadas y cojines con lo cual se favorece un juego libre y a nivel del suelo. Esto se puede hacer en la modalidad o en el hogar.



- 2. MÓVILES. Los móviles se pueden fabricar con gran variedad de materiales, algunos ejemplos fáciles y coloridos son móviles de cintas de colores con argollas de madera o plástico, pero se pueden construir con cualquier objeto colorido que se pueda colgar. Idealmente los móviles deben tener un colgante largo para que los niños(as) los puedan agarrar y para que no se corten cuando los tiren se les puede poner un trozo de elástico en el extremo que da al techo.
- 3. SONAJEROS. Se pueden fabricar sonajeros con botellas plásticas de diferentes tamaños rellenas con objetos que produzcan distintos sonidos tales como porotos, arroz, piedras pequeñas etc. Se le puede introducir también papeles picados de colores y así, además de sonar, se ven coloridos (asegurarse siempre de sellar la tapa de la botella con algún pegamento resistente y no toxico.). Otro tipo de sonajeros se puede construir con envases cilíndricos tales como tarros de leche, que al ser cilindros ruedan. Estos se rellenan con objetos que suenen y luego se forran con materiales que tengan diferentes texturas como distintos tipos de lanas y telas. (Se debe tener precaución en que los materiales con que se forren los envases no se desprendan en dedazos si los niños los muerden).





4. ENCAJES. Se pueden disponer recipientes tipos baldes, canastos y fuentes, unos dentro de otros según el tamaño. Además se pueden poner el balde, la fuente o el canasto con otro tipo de objetos más pequeños en su interior (como pelotas envases o juguetes chicos) para que los niños(as) jueguen a meter y sacar cosas del recipiente.



5. PISCINA DE PELOTAS O ESPONJAS. Con una caja de cartón grande reforzada con cinta adhesiva en las cuatro esquinas, se construye una piscina. En su interior se ponen pelotas, no importa que sean de diferentes tamaños, si no son suficientes se pueden poner también cojines, esponjas

o figuras de peluche pequeñas. (Este juego debe ser estrictamente supervisado por un adulto)



6. MÓDULOS DE CONSTRUCCIÓN. Con cajas de cartón de distintos tipos y tamaños se pueden fabricar módulos de construcción. Las cajas se deben sellar con cinta adhesiva, en su interior se pueden poner objetos pequeños para que suenen con el movimiento. La superficie de la caja se puede forrar con materiales que tengan diferentes texturas y colores (telas, papeles texturados, goma Eva, lanas etc.)

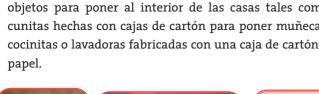


- 7. CIRCUITOS DE GATEO. Se pueden poner cajas en el piso dispuestas como túneles con neumáticos o cámaras infladas y cojines para crear circuitos de gateo.
- 8. CASITAS. Hay varias maneras de hacer casitas, una manera fácil de hacerlo es con una caja de cartón grande a la cual se le hacen agujeros en forma de puertas y ventanas. Otra manera es colgar una tela grande tipo sabana y afirmar los extremos con sillas o mesas, así se obtiene una casita tipo carpa





Para facilitar el juego simbólico podemos construir obietos para poner al interior de las casas tales como cunitas hechas con cajas de cartón para poner muñecas, cocinitas o lavadoras fabricadas con una caja de cartón y papel.









En el interior de las casitas podemos poner también utensilios caseros tales como ollas, platos, cubiertos, paños de cocina etc. En el lugar que se pone la cuna con la muñeca se pueden poner otro tipo de objetos como mudadores, pañales, mantas de bebe, chupetes, etc. También se pueden usar envases vacíos para poner en la cocinita, por ejemplo envases de yogurt, leche, té, café, que se limpian y sellan.

9. DISFRACES. En una caja o un canasto se ponen telas de distintos tipos y tamaños y pedazos de cuerdas, con lo cual los niños(as) pueden crear disfraces.



10. VASITOS DE COLORES: Recomiende coleccionar las tapas de envases de plastico, lavarlas y guardarlas en una

Estas son ideal para encaje, para similar tacitas de té o vasos en un juego simbólico, clasificarlas por forma, por color, por tamaño 113.



11. ENASAYOS DE NUMEROS En una caja de cartón de huevos, se ponen números del 1 al 4, y se le pide al niño(a) que en cada número deposite el mismo número de unidades que indica el cartelito. Se pueden usar porotos o botones, con la precaución que no se los lleve a la boca 114.



10. OTROS. Con cajas de cartón, pedazos de papel y retazos de tela se pueden fabricar todo tipo de objetos, como autos, aviones, trenes, etc.



5) Insumos para taller de recomendaciones de uso de equipamiento para la promoción del desarrollo

Equipamiento	Recomendación	Sugerencias de uso
Lquipaillieillo	Recontenuación	
Porta bebé	Altamente recomendado	Porta bebé del PARN es Mei Tai, de fácil uso y diversas posiciones. Se recomienda cargar a los bebés como una práctica de crianza respetuosa porque fomenta la seguridad en el apego a través de la compañía, contacto físico y mayor tiempo de interacción entre el adulto y el bebe. *Porta bebé tipo bandolera tiene las mismas ventajas, pero usuarias refieren sensación de inseguridad al no saber las posiciones correctas.
Cojín de lactancia	Altamente recomendado	Ayuda a la comodidad ergonómica de la mujer para la lactancia, la que se recomienda frecuentemente en los primeros meses para llegar por lo menos hasta el sexto mes de vida con lactancia materna exclusiva. Es otorgado gratuitamente por el PARN.
Bolso del bebe	Altamente recomendado	Ayuda a los adultos para llevar los utensilios necesarios para la atención del bebé, es otorgado gratuitamente por el PARN.
Cuna corral	Altamente recomendado	Ayuda a fomentar un sueño seguro. Enseñe la instrucción para el armado y desarmado y las dos posiciones (alta y baja) del colchón
Silla nido	Recomendado con precaución	La silla nido debe usarse con precaución, deben ajustarse las correas de seguridad al cuerpo del bebé, las que idealmente debieran fijarse en los cinco puntos alrededor del niño(a) (ambos hombros, ambos lados y entrepiernas). La silla nido debe estar en un lugar seguro, el bebé debe estar siempre observado por un adulto, y la duración del tiempo de sentado debe ser corto. La silla no es un equipo para fomentar el desarrollo, porque les impide experimentar los movimientos esperados para cada edad y su uso prolongado mantiene la columna del niño(a) en una flexión global, lo que dificultará el logro de la extensión en prono. NO se debe dejar a los bebés sentados por periodos largos de tiempo. Prefiera posición supina y prona en suelo sobre alfombra goma Eva.
Andador	No recomendado	El andador es un equipo de riesgo de accidentes, ya que permite que el bebé se movilice rápidamente a una edad en que el no está preparado para hacerlo o defenderse de los riesgos que esto conlleva. La mayoría de los accidentes son caídas, o alcance a objetos de riesgo, como manteles que pueden llevar a riesgo de quemaduras o asfixia por cuerpo extraño. El niño(a) no experimenta con los planos de movimiento requeridos en el segundo semestre para las transferencias y ni tampoco con los juegos motores esperados a su edad. Si el niño(a) se sienta en el andador su pelvis queda en retroversión y su tronco en flexión, posturas que impiden un buen desarrollo de la movilidad fuera del andador. Además el andador induce el apoyo excesivo y no natural de la puntilla del pie, lo que no sirve para el fomento de la marcha que requiere el uso de la planta completa.

¹¹⁵ Ministerio de Salud – Ministerio de Desarrollo Social. (2011). Estudio de Satisfacción Usuaria del PARN. Disponible en: www.crececontigo.cl/especialistas/materiales

¹¹⁶ A todas las usuarias cuyos partos se hayan realizado en alguna maternidad de la red pública de salud.

Saltarín	Puede recomendarse con precauciones	El saltarín, que se cuelga de un marco de puerta, induce el apoyo excesivo y no natural de la puntilla del pie, lo que no sirve para el fomento de la marcha que requiere el uso de la planta completa. No es necesario como elemento para facilitar el desarrollo motor normal, puede recomendarse con precaución por periodos muy cortos, en niños(as) desde los 6 meses y acompañado por un adulto. Este aparato le permite experimentar sensorialmente, con estímulos propioceptivos y vestibulares, puede aprender a mejorar sus ajustes posturales.
Alfombra de estimulación	Altamente recomendado	Es un nuevo material de estimulación temprana entregado desde el 2012 por el PARN, que consiste en una gran superficie de goma Eva para el fomento de la posición prona del bebé en el suelo, con el objeto de ejercitar motricidad gruesa, coordinación e ideo motricidad. Puede ser usado durante todo el primer año de vida, varias veces al día. El bebé necesita la compañía de un adulto y el ambiente en el suelo debe estar libre de riesgos. Los gimnasios de estimulación que consisten en alfombra con estímulos superiores, también son recomendados si siguen las mismas medidas de seguridad que la alfombra.
Estación de entreteni- miento	Puede recomendarse con precauciones	Estación de entretenimiento fija, en donde el niño(a) permanece sentado, con posibilidad de girarse y manipular juguetes presentes a su alcance. Este equipo al igual que el andador induce el apoyo excesivo y no natural de la puntilla del pie, lo que no sirve para el fomento de la marcha que requiere el uso de la planta completa del pie. Se puede recomendar por periodos cortos, después de haber controlado el tronco, facilita los ajustes posturales automáticos del tronco, no es necesario para el desarrollo motor normal.
Móvil	Altamente recomendado	Móvil para la estimulación visual del bebé, debe ser puesto a una altura cercana del bebé, 30 cm de sus ojos y se debe cuidar que desde el punto de vista del niño(a) se vean los objetos del móvil en su mejor ángulo. Además de la altura debería ubicarse al centro de la cuna para ayudar a la convergencia visual.
Chupete	Baja recomendación, solo en casos de bebes difíciles de consolar o en servicios de neonatología.	El chupete se asocia a deformación del paladar y alteración de la dentición. Sin embargo hay una razón más a la base de este aparato y es que la regulación emocional se entrena a través de la conducta de consuelo de los adultos que le cuidan. El uso habitual del chupete se debe a que los adultos le entregan una forma alternativa de regulación emocional a su bebé, si los adultos a cargo muestran habilidades y técnicas de consuelo efectivo no será necesario el uso de elementos externos. Para saber más de consuelo efectivo se recomienda leer la Nota Metodológica del PARN 2012.
Silla alta de comer	Recomendado con precaución.	Su uso debe estar asociado a facilitar la participación del bebé en la alimentación, al tener acceso a la mesa, y acceso a su plato y cuchara, debe supervisarse siempre al niño(a) cuando esté sentado en esta silla. Deben usarse las correas de fijación del cuerpo a la silla. El riesgo de caer es alto por lo que siempre se debe observar al niño(a). Se recomienda empezar su uso una vez que el niño(a) logra la sedestación.

6) Insumos para el taller de seguridad y prevención de accidentes

Para la realización de este taller se recomienda consultar el libro de Seguridad y prevención del Taller de Competencias Parentales Nadie es Perfecto (verde), disponible en la web www.crececontigo.cl y en el blog www.chccsalud.cl

- Reúna a niños(as) y sus cuidadores en un rango de edad semejantes.
- Trate de usar colchonetas y alfombras para realizar el taller en el suelo, sentando a los adultos y a sus hijos(as) juntos, en brazos.
- Introduzca el tema de la prevención permanente, es decir, que para cumplir la función protectora los adultos necesitan anticipar los riesgos a los que está expuesto el bebé y esto implica saber cuál es el próximo logro del desarrollo para estar atentos a protegerles, realizando simples modificaciones ambientales o bien tomando precauciones. Por ejemplo, al lograr el giro espontáneo entre el segundo y cuarto mes, no dejar al bebé sin vigilar en superficies en altura por el riesgo a que al girarse se caiga. Antes de lograr la pinza con la mano, se deben alejar objetos chicos que pueda tomar y tragarse. Al gatear o arrastrarse se deben empezar a tapar los enchufes. Al lograr la marcha se debe examinar el ambiente desde la altura del niño(a) para evitar accidentes mayores.
- Sin embargo, además de proteger, los cuidadores y padres deben fomentar que el niño(a) explore su ambiente según sus habilidades y desarrollo, por lo tanto, lo importante es lograr el equilibrio entre proteger y permitir explorar el ambiente, que es lo que potencia el desarrollo integral de los niños(as). Sin caer en la sobreprotección ni en el descuido.

7) Insumos para taller de uso efectivo del material de estimulación de Chile Crece Contigo.

Material: música, cuentos, videos y karaoke, que se entregan en los centros de salud y que están disponibles en forma gratuita en la web del sistema.

Supuestos básicos de música infantil¹¹⁷

- Todos los niños(as) tienen un potencial musical
- Los niños(as) traen su propio y único interés y habilidades para aprender en ambientes musicales
- Niños(as) muy pequeños son capaces de desarrollar habilidades pensamiento crítico a través de ideas musicales.
- Los niños(as) tienen tempranamente experiencias musicales desde diversos ambientes.
- Los niños(as) deberían experimentar sonidos musicales a través de actividades, instrumentos y materiales musicales.
- Los niños(as) no deben involucrarse en aprenderse y representar shows o producciones, la música debe siempre asociarse a placer y no a presión o exposición social.
- La música debe estar asociada a juegos.
- Los niños(as) aprenden música mejor en ambientes físicos y sociales placenteros.
- Los niños(as) necesitan adultos que les sirvan de modelos.

Buenas prácticas para fomentar desarrollo musical infantil

- La música debe ser una parte natural del día del niño(a), como música ambiental de trasfondo o como escuchar canciones especificas como una actividad.
- Demostrar conceptos musicales a través de cuentos, por ejemplo usando tonalidades altas y bajas en la voz del relato.
- Motivar y animar al niño(a) para cantar y bailar como parte de la rutina del día en casa o en el jardín infantil.

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

- Motivar al niño(a) a cantar y bailar durante un juego dramático al imitar a alguien o bien durante los juegos grupales en el patio.
- Sensibilizar al niño(a) en darse cuenta de los ritmos de su ambiente, como el canto de los pájaros, el sonido de la lluvia, o la grúa de la obra de la construcción.
- Comparta conocimientos con el niño(a) sobre vocabulario musical, sonidos altos y bajos, agudos y graves, dinámicos suaves y fuertes, y tiempos lentos y acelerados.
- Fomente que el niño(a) cante canciones de su cultura y de sus costumbres familiares.
- Ayude a que el niño(a) descubra como realizar sonidos con instrumentos construidos por sí mismo, ayúdele a
 golpear cajas de diferentes tamaños, meta arroz, semillas o piedritas en una cajita para diferenciar y experimentar
 diferentes sonidos.
- Cree un centro de recursos musicales con casetes, CD´s, para prestar y escuchar en casa.
- Evite que la música represente un estrés para el niño(a) ante la presión de aprender canciones o bailes, la música siempre debe ser asociada al placer.

Objetivos:

- 1. Transmitir la evidencia que demuestra que niños(as) que tienen experiencias tempranas de estimulación a través de la música, tienen mejor desarrollo cognitivo, socioemocional y físico.
- Motivar a los padres, madres y cuidadores a que les pongan todos los días música a sus hijos(a) para escuchar.
- 3. Enseñar a los padres, madres y cuidadores como acceder a la web de Chile Crece Contigo y como descargar estos materiales gratuitos.
- 4. Mostrar a los padres como se usa efectivamente el material de estimulación de o a 12 meses y de 12 a 24 meses Acompañándote a Descubrir.

1. Música en CD`s, canciones, rimas, cuentos

Disponible en:

http://www.crececontigo.gob.cl/actividades-para-compartir/canta-tus-canciones-favoritas/

Música de estimulación prenatal



LUGAR DE PAZ AMOROSA

Autor y compositor: PinyLevalle

Música para la estimulación del lenguaje



CANCIONES PARA CRECER CONTIGO

Autora y compositora: Aída Polhammer

Juegos musicales para la primera infancia, Música, Videos y Karaoke



JUGUEMOS EN EL CAMPO

Autora y Compositora: Elizabeth Carmona Castillo

Cuentos musicales para la primera infancia



CUENTOS PARA CANTAR CONTIGO

Autoras y Compositoras: Marcela Bastías Alarcón y Claudia Romero Méndez

2. Cuentos para leer

Disponible en:

http://www.crececontigo.gob.cl/actividades-para-compartir/lee-entretenidos-cuentos





Me llamo Aurelio, y el otro día cuando aseaba mi habitación con mi mamá, oí que desde el basurero alguien lloraba.

... Y 180 CUENTOS MAS, GRATIS, DE APROXIMADAMENTE 100 PALABRAS CADA UNO

3. Uso efectivo del material de estimulación Acompañándote a Descubrir

Use la Nota Metodologica para los equipos de salud de Acompañandote a Descubrir, disponible en su centro de salud o en www.crececontigo.cl. Explore el material y conózcalo muy bien, uselo en su modalidad para el trabajo directo, y modele a los adultos como se usa este material que ha sido entregado a cada niño(a) en su control de salud correspondiente. A continuación se describen algunos de estos materiales:

	8 Ficha plastificadas de lenguaje:	
Material de 12 a 18 meses	Caratula anversa: Con dibujo y palabra en silabas de: nube, ojo, auto, silla, lana, mesa, uva y bote.	
	Caratula reversa: Diversas actividades sugeridas para la estimulación del lenguaje y otras áreas.	
	2 fichas gigantes de guías anticipatorias del desarrollo.	
Material de 18 a 24	8 Fichas plastificadas de lenguaje:	
meses	Caratula anversa: Con dibujo y palabra en silabas de: dado, llave, hilo, taza, bota, cama, mano, olla.	
	Caratula reversa: Diversas actividades sugeridas para la estimulación del lenguaje y otras áreas.	
	1 ficha gigante de guías anticipatorias del desarrollo.	
Material de 12 a 24	4 posters recortables de GATO, GAVIOTA, VACA Y CABRA, para pegar en la pared.	
meses	2 puzzle de seis piezas	
	2 puzzle de tres piezas	

Libros a colores para niños	Mi libro de vocales
•	Mi libro de colores: en español, en aymará, quechua, rapa nui, mapudungun.
	Mi libro de relaciones espaciales, en aymará, quechua, rapa nui, mapudungun.
	Mi libro de números: en español, en aymará, quechua, rapa nui, mapudungun.
	Mi libro de figuras geométricas, en español.
Libros a colores para adultos	Libro de cotidiáfonos: como hacer sonidos con cosas del hogar.

8. Insumos para el taller de fomento de interacciones cara a cara 118

	Tema: Las interacciones cara a cara – Estimulación II
Categoría	Crianza temprana con enfoque respetuoso
Fundamento	Las neurociencias muestran que el momento más efectivo de fomentar lenguaje es aquel período que va entre los 3 a 10 meses, y es justamente el período en el que menos se les habla directamente a los bebés. Por lo tanto, fomentar la estimulación cara a cara como un juego dirigido, no sólo tendrá beneficios en el área lenguaje, sino también en el área emocional, social y en la relación de apego con sus adultos. La mayoría de las familias necesitan apoyo en la crianza temprana efectiva, los contenidos educativos que usted pueda entregarles serán de gran utilidad en casa y para el desarrollo integral de sus niños y niñas.
Objetivo	 Aprovechar la ventana de oportunidad de fomento temprano de lenguaje. Fomentar seguridad en las relaciones de cuidado infantil. Considerar el juego como el pilar del aprendizaje de los niños(as)

Los dos tipos de juego más frecuentes en los tres primeros meses de vida de los niños y niñas son:

- 1. El juego social: es un juego de intercambio entre el niño(a) y el padre o la madre, con fases de atención e intereses mutuos seguidos por fases de pausa. Este juego se desarrolla bien cuando el adulto(a) se concentra en el niño(a), justamente cuando está en períodos de alerta tranquila y finaliza la actividad cuando el éste pierde el interés, cuando da vuelta su cabeza o se tapa la vista con el puño. Este juego consiste en interacciones cara a cara, vocalizaciones, tactos, sonrisas, etc. realizadas en secuencias que producen interés en el niño(a). Este período de interés dura poco en los bebés más chicos, pero es muy valioso para su estimulación.
- 2. El juego con las manos: Este juego consiste en:
- Se lleva las manos a la boca: logra coordinación mano boca.
- Se observa las manos: logra coordinación ojo mano.
- Se toca las manos: logra coordinación mano mano.

¿Cómo se hace?

- Asegúrese que el bebé está con sus necesidades fisiológicas satisfechas.
- Asegúrese de que se encuentra en un período de alerta tranquila o semialerta.
 - Atraiga la atención del bebé.
- 3. Emita estímulos visuales y auditivos sólo con su cara.
- Espere.
- 6. Trate de leer cualquier señal del bebé que se pueda parecer a una respuesta.
- Y vuelva a emitir estímulos.
- 8. Espere.
- Trate de leer cualquier respuesta...
- Se trata de producir "turnos" en esta interacción cara a cara, es decir, el bebé le responde de alguna manera, a veces sólo responde abriendo más los ojos como una señal de interés para que Ud. continúe, a veces va a emitir un sonido corto como "gggg", a veces va a sonreír o intentar imitar los gestos de su cara.
- 11. Cualquiera de estas respuestas va a transformar la estimulación en interacción recíproca que va a estimular su cerebro en diferentes vías; visual, auditiva, táctil si además le toca la mano, emotiva, etc. Estas interacciones también se llaman protoconversaciones porque son los primeros modelos de conversaciones futuras.
- Los turnos son muy valiosos porque en casi todas las interacciones humanas se usan los turnos, y es muy valioso organizar los juegos en la obtención de turnos

¿Cómo llamar la atención de su hijo(a)?

Hacer lluvia de ideas que respondan esta pregunta y anotarlas en papelógrafo. Transmitir este mensaje de las neurociencias sobre la importancia de las interacciones cara a cara en este rango de edad.

Dinámicas

Rol playing de interacción cara a cara

Pregunte por dos voluntarios, uno que actúe de bebé y otro de adulto para modelar qué cosas sirven para interactuar con un bebé.

Realice esta dinámica después del rol playing y sólo si hay un buen clima grupal, si encuentra voluntarios, hable con ellos dos juntos antes de que empiecen a actuar; dele la tarea al que haga de bebé de no atender al principio y al adulto la de tratar de capturar la atención del niño(a).

9. Insumos para intervenciones de promoción del desarrollo socioemocional

En relación con la implementación de intervenciones de promoción y prevención en este ámbito es importante considerar:

¿Qué intervenciones son efectivas? 119 120 121

En términos generales, han demostrado ser efectivas las intervenciones breves (promedio de 6 sesiones) y con un foco definido (por ej.: aumento de la sensibilidad parental, aumento del bienestar del cuidador, estrategias de consuelo efectivo, masaje infantil, etc.).

Asimismo, es necesario considerar que:

- El diseño y ejecución de las intervenciones requiere estar basado en los conceptos fundamentales mencionados previamente y así evitar recomendaciones o actividades que fomentan discursos o prácticas de crianza que afectan el desarrollo socio-emocional del niño(a), p.ej: que es bueno dejarlos llorar.
- A pesar que la construcción de una relación de ayuda y alianza terapéutica entre el profesional, el niño(a) y su familia es condición esencial para el éxito de cualquier intervención, en este ámbito además es prioritaria para evitar que la intervención pueda terminar siendo iatrogénica (provoque daño).
- La modalidad de atención grupal suele ser una herramienta útil para intervenir en este ámbito. Sin embargo, se debe considerar la pertinencia de incluir sesiones individuales y/o familiares en el plan de intervención en casos de alteraciones en el desarrollo del apego, baja sensibilidad, condiciones del cuidador y/o del contexto de cuidado que requieran una aproximación más específica al caso, las cuales deben ser complementarias también con las acciones de trabajo en red entra e intersectorial (por ej.: en caso de depresión materna).
- El uso de técnicas de video-retroalimentación ¹²² ha mostrado ser de utilidad para el fomento de la sensibilidad y el apego seguro, en donde los cuidadores suelen reportar sentirse más competentes para la crianza, conocer mejor las señales de sus hijos(as) y las estrategias que resultan más efectivas con ellos, junto con describir una noción más positiva respecto a la crianza. Esta técnica permite trabajar en función de las conductas "visibles" del niño(a) y su cuidador a través del uso de videos (por ej.: de juego entre ambos) y favorecer la ejercitación "en vivo" de las competencias parentales ligadas con la sensibilidad y la capacidad de ponerse en el lugar del niño(a). Es importante que al usar este tipo de técnicas ello nunca ocurra en un contexto de juicio al adulto

¹¹⁹ Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Metaanalyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. Psychological Bulletin, 129, 195-215.

¹²⁰ Moraga, C. & Moreno, G. (2007). Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de o a 6 años, revisión sistemática de la literatura. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/especialistas/documentos/

¹²¹ Gomez, E; Muñoz, M; Santelices, P. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con Infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. Terapia Psicológica Vol. 26, N° 2, 241-251

¹²² Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. Clinical Psychology Review, 28, 904-916.. Disponible en: http://www.spinusa.org/Video%20feedback.pdf

- o a las conductas que se consideren inadecuadas o poco eficaces, y que el profesional tenga habilidades para favorecer la una conversación cooperativa en pos de ayudar al adulto a comprender mejor al niño(a) y con ello favorecer interacciones sensibles y efectivas en la regulación del estrés del niño(a).
- La implementación de intervenciones a través de visita domiciliaria, es complementaria a la atención en la modalidad y constituye una herramienta potente para el trabajo en el fortalecimiento del apego seguro, cuidado sensible e con niños(as). Sin embargo, se requiere para su efectividad, el que sea implementada con fidelidad a los lineamientos descritos en Orientaciones técnicas de visita domiciliaria.

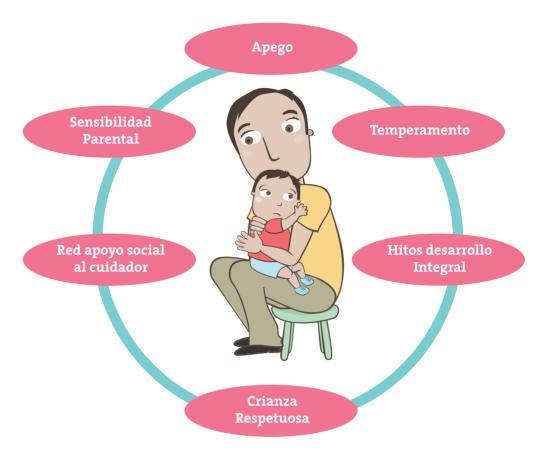


Figura 11: Áreas de intervención en desarrollo socio-emocional

Finalmente, cabe mencionar que existen en nuestro país diferentes programas de intervención desarrollados por equipos de salud primaria y/o centros académicos y otras instituciones públicas, orientados al fortalecimiento del apego, vínculos afectivos y/o cuidado sensible, que constituyen valiosas experiencias ya que han sido creadas en contextos nacionales y que pueden ser de utilidad para otros equipos de salud y modalidades en la intervención con niños(as) y sus familias 123 124 125 126 127.

- Use díptico para entregar a los padres, madres y cuidadores para la promoción general del desarrollo infantil: "Las diez cosas que tu hijo(a) necesita", en Anexo 13.
- Use díptico para entregar a los padres, madres y cuidadores para la promoción del lenguaje, "Tips para fomento de lenguaje", Anexo 17.
- Use anexo 14: Juegos recomendados según edad del niño(a)

¹²³ Binda, V. & Figueroa, F. (2012). Taller "Fortaleciendo el vínculo hacia un apego seguro". Proyecto FONIS. Mayor información en: promociondeapego@gmail.com 124 Lecannelier, F; Hoffmann, M; Flores, F; Ascanio, L & Pollack, D. (2008). Programa de intervención para el fomento del apego en familias con niños entre o y 4 años "A-M-A-R". Centro de estudios evolutivos e intervención en el niño (CEEIN). Universidad del Desarrollo. Mayor información: http://psicologia.udd.cl/ceein/125 Castro, M; Mingo, V; Fillol, M; Mongillo, M; Alfaro, K; et. al. (2009). Programa de promoción del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos". Red salud UC. Mayor información en: www.juguemosconnuestroshijos.cl

¹²⁶ Servicio Nacional de Menores – Universidad del Desarrollo. Manual de Intervención temprana socio-afectiva para bebés de 0-12 meses. Disponible en: http://www.sename.cl/wsename/otros/doc_sename/Manual_Estimulacion_Temprana_0-12_meses_SENAME.pdf

¹²⁷ Kottiarenco, M; Gómez, E; Muñoz, M. Intervención clínica con video-feedback: entrenamiento para fortalecer la resiliencia parental y familiar. Centro de estudios y atención del niño y la mujer (CEANIM).

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

Capítulo VII:

Detección, derivación y manejo temprano de alteraciones del desarrollo psicomotor según edad.

I. Criterios para la derivación oportuna de niño(as) desde la atención primaria de salud al Servicio de Neurología Pediátrica.

Las directrices del Ministerio de Salud que esquematizan la evaluación de desarrollo del menor de 5 años en la atención primaria, están calendarizadas para detectar precozmente las anormalidades en la evaluación de desarrollo, como parte de la vigilancia a la trayectoria del desarrollo infantil.

La derivación desde los establecimientos de atención primaria al Servicio de Neurología Pediátrica se debe hacer a través de una Interconsulta, que realiza el médico del equipo de la atención primaria. Esta interconsulta debe contener el detalle de los resultados del examen realizado, con una descripción del test, los resultados numéricos o categorías y áreas evaluadas, además de consignar el problema encontrado en la forma más explícita posible.

La supervisión de salud del niño o niña al mes de vida permite realizar detección y derivación precoz al servicio de Neurología, cuya derivación inmediata incluye los siguientes casos:

1) Derivación al Servicio de Neurología en niños(as) de o a 2 meses:

- a) Morbilidad neurológica neonatal: síndrome tembloroso, convulsiones neonatales, encefalopatía secundaria a asfixia neonatal, hipotonía neonatal, trastorno de deglución, paresia braquial obstétrica, dismorfias cráneo faciales, sospecha de síndromes neurocutáneos, síndromes polimalformativos, hidrocefalia, miopatías congénitas.
- b) Factores de riesgo neurológico durante el embarazo: consumo de drogas, alcohol, drogas anticonvulsivantes u otro agente teratogénico sobre el sistema nervioso central conocido.
- c) Protocolo Neurosensorial alterado: aplicado por medico en el control de salud del mes de vida nos permite identificar las alteraciones físicas y neurológicas en los niñas(os) que determinan factores de riesgo para el neurodesarrollo del lactante menor y la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales. El protocolo evalúa las siguientes áreas: reflejos del desarrollo, examen general, conducta, examen motor, visión, audición y deglución.
- c) Otras causas de derivación: Se recomienda también la derivación en casos donde se observa de una ó más de las siguientes características: presencia de clara asimetría, posiciones atípicas, intolerancia a posición prona, gran irritabilidad, dificultades en el sueño (con descarte previo de causal pediátrica), dificultades para succionar y/o tragar, se atora en la alimentación, sialorrea constante, hiper o hiporespuesta a ruidos y ausencia de conductas de orientación hacia la madre o figura primaria de cuidado. Asimismo, niños(as) prematuros extremos (peso de nacimiento menor a 1.500 gramos o menos de 32 semanas de gestación) que no estén asistiendo a policlínico de seguimiento neurológico, también requieren ser derivados a esta especialidad.

2) Derivación al Servicio de Neurología en niños(as) de 2 a 18 meses:

- a) Persistencia de retraso en áreas específicas o globales del desarrollo.
- b) Persistencia del riesgo de desarrollo asociado a factores externos al niño(a) desfavorables para su evolución: la derivación se debe realizar primero a medico quien decidirá la interconsulta a neurología.
- c) Alteraciones severas en la conducta del niño(a) que interfieren con la evaluación.
- d) Aparición de trastornos en los hábitos del comer, dormir y cambios bruscos del estado de ánimo, extremadamente irritable, pasivo, variación significativa del nivel de actividad, entre otros y descartando previamente causal pediátrica.
- e) Presencia de conductas autoestimulatorias observadas como estereotipias durante la evaluación o descritas por el padre, madre o cuidadora (en relación a lenguaje, al movimiento, el apego excesivo a determinados juguetes, muebles o posiciones)

3) Derivación al Servicio de Neurología en niños(as) mayores de 18 meses:

- a) Retraso o persistencia del desarrollo, a pesar de intervención en modalidad de estimulación.
- b) Riesgo del desarrollo asociado a factores externos desfavorables: la derivación se debe realizar primero a médico quien decidirá la interconsulta a neurología.
- c) Signos de disfunción sensorio interactiva: hiper o hipo sensibilidad al tacto, movimiento, visión, sonido (sobre reacción, miedo o agresividad), impulsividad, torpeza física, nivel de actividad inusual (alta o baja), disfunciones posturales (postura típica del niño(a) de bajo tono: tronco encorvado, escápulas aladas, abdomen prominente, pelvis en retroversión, rodillas en rotación interna, apoyo plantar en valgo, hipomimia).
- d) Niños(as) con rezago o riesgo biopsicosocial con observación de uno o más de los siguientes indicadores: alta distractibilidad (después de descartar el factor ambiental), alta fatigabilidad, bajo nivel de concentración, dificultad de comprensión de órdenes de comando verbal, conducta general desorganizada, altos períodos de latencia de respuestas, alta irritabilidad. La derivación se debe realizar primero a medico quien decidirá la interconsulta a neurología.

Sólo los niños(as) con resultados de test del desarrollo en categoría retraso se derivan a médico en paralelo al ingreso a modalidad, quien determina si aplica derivación a neurólogo.

II. Detección y manejo temprano de alteraciones del desarrollo psicomotor según edad.

Las alteraciones del desarrollo en edades muy tempranas se manifiestan en una pobre calidad del movimiento o prolongaciones del control postural y de los movimientos primitivos, es decir cuando el niño(a) es recién nacido(a) o presenta un mes de edad. Un conocimiento acabado del desarrollo psicomotor normal hacen posible una temprana identificación de las alteraciones del desarrollo.

Dentro de las alteraciones del desarrollo psicomotor encontramos los retrasos del desarrollo, en donde el niño(a) presenta un desarrollo inferior al esperado para su edad, este retraso puede ser en un área específica (por

ejemplo lenguaje) o en varias áreas del desarrollo (por ejemplo motor grueso, coordinación, social).

Es importante destacar que un niño(a) puede estar retrasado en el desarrollo psicomotor pero presentar componentes del movimiento normales (en cuanto a tono postural, rangos de movimiento, secuencias de movimientos, etc.) o presentar conductas sociales y de juego, de niño(a) más pequeño, pero normales para una edad de desarrollo menor. En este caso después de pocas semanas de intervención, donde se trabaja sobre los componentes del movimiento que debiera haber adquirido para su edad, contacto y seguimiento visual, comunicación, coordinación, etc., el niño(a) muestra rápidamente avances y logra en un corto plazo adquirir las destrezas que son esperadas a su edad cronológica.

Debemos recordar que los niños(as) se sienten fuertemente interesados por las personas y por la interacción humana que logran con otra persona, esto debe siempre ser considerado en la interacción con un niño(a).

De ninguna manera se debe permitir que un niño(a) con rezago del desarrollo, riesgo o retraso no cuente con un seguimiento e intervención oportunos y eficaces, según cada caso particular. La no intervención puede ocasionar que un niño(a) con rezago pase a presentar retraso, y al contrario la adecuada intervención hacer que otro pase de un retraso a normalizar su desarrollo.

Los avances en neurociencias enfatizan cada día más la necesidad de dar oportunidades de desarrollo a los niños(as) en edades muy tempranas, los procesos normales de maduración cerebral van generando ventanas de oportunidad que no deben ser desperdiciadas, donde es crítica la adquisición de una habilidad, estas ventanas de oportunidad permiten que las intervenciones en los niños(as) sean más costo efectivas, y con mejores resultados a largo plazo.

Si se vigila y protege acuciosamente el desarrollo de los niños(as) durante los primeros 18 meses de vida, lo más probable es que sigan una trayectoria futura normal. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

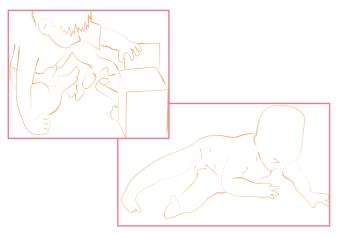


Figura 1: Niño explorando su ambiente

Ambientes adecuados estimulan en los niños(as) la curiosidad e interés por explorar el ambiente, lo que contribuye en distintos avances en el desarrollo psicomotor.

Por otra parte hay que distinguir un retraso del desarrollo de un desarrollo motor anormal o atípico. En un desarrollo anormal encontramos niños(as) con marcada hipertonía o hipotonía y una historia clínica otros antecedentes de riesgo.

En los niños(as) con retraso del desarrollo o desarrollo motor anormal habitualmente se presenta una calidad anormal de la actividad muscular extensora. Esto se puede explicar debido a que la extensión axial es el primer componente antigravitatorio que se expresa en el desarrollo normal, y la flexión antigravitatoria se desarrolla más lentamente, no pudiendo en una primera etapa contrabalancear la extensión.

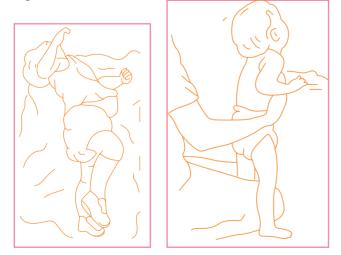


Figura 2: Niño(a) que utiliza un patrón extensor anormal al girar y otro niño(a) que lo utiliza al bipedestar.

Cuando la actividad muscular flexora no balancea la actividad extensora, o presenta un tono postural bajo, el niño(a) no logra estabilizar una parte de su cuerpo para dar movilidad a otra. Entonces el niño(a) buscará "fijarse" en algunas articulaciones para lograr estabilidad. El uso de esta compensación impide la normal adquisición de la estabilidad-movilidad en distintos planos y movimientos, lo que irá generando consecuencias negativas para el desarrollo.

En el desarrollo anormal podemos encontrar la hiperextensión atípica del cuello, esta condición mantiene la mirada hacia arriba, con lo que se impide la adquisición de la coordinación mano-mano, mano boca, la convergencia visual y visión binocular. Se produce una elongación de la musculatura flexora de cabeza y cuello, con lo que se pierde el control oral para la alimentación y comunicación, los niños(as) mantienen la boca abierta y babean constantemente.



Figura 3: Niño(a) con un patrón anormal de hiperextensión en cabeza y cuello.

Cuando la asimetría postural se mantiene más allá de los dos meses de vida estamos frente a un desarrollo anormal. La cabeza se mantiene rotada siempre a un mismo lado, con esto los ojos se dirigen hacia lateral, no pudiendo ir simétricos abajo, ni juntos. Las manos se mantienen lejos del cuerpo y debido a la poca estimulación sensorial es posible encontrar una hiperrespuesta en el sistema táctil en las manos. Si la asimetría se mantiene en el tiempo genera escoliosis y subluxación o luxación de caderas. La mirada hacia arriba deriva en un aumento del tono extensor en el tronco.

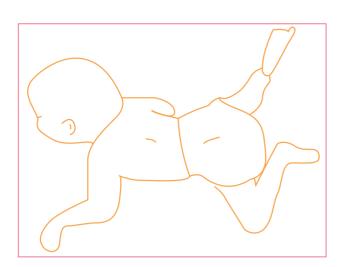


Figura 4: Niño(a) con marcada asimetría postural.

La estabilidad dinámica de la escápula se adquiere al cuarto mes de desarrollo postnatal, el niño(a) presenta una disociación escapulo humeral debido a una activación de la musculatura que estabiliza la escápula, entre estos el serrato anterior. La activación dinámica de la escápula permite el alcance de objetos estando el niño(a) en prono, con traslado del peso. Cuando no se adquiere esta habilidad el control del peso en los hombros es pobre y no son posibles los movimientos de rotación externa, flexión y aducción horizontal en el brazo que alcanza. El niño(a) compensará utilizando una extensión primitiva, utilizando la aducción escapular para aumentar la extensión de columna. Con una deficiente estabilidad dinámica de la escápula el niño(a) presenta pobre prensión y manipulación, carga de peso en extremidades superiores y alcance coordinado.

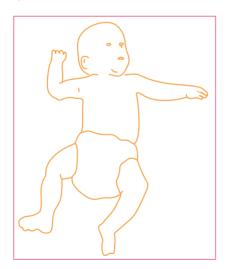


Figura 5: Niño(a) que utiliza la extensión anormal de cabeza y cuello para extender su columna.

Cuando la anteversión de pelvis, con flexión, abducción y rotación externa no son balanceados con los componentes

de la flexión antigravitatoria, los abdominales no se desarrollan lo suficiente para llevar la pelvis a posterior y balancear y elongar los extensores lumbares. Tampoco se desarrolla la flexión antigravitatoria y aducción de cadera para balancear y elongar los abductores de cadera. Los niños(as) no desarrollan control de tronco bajo y pelvis. Con esto se impide la traslación lateral de peso e interfiere con las reacciones de enderezamiento lateral. El niño(a) compensará con "patas de rana", con lo cual logra alcanzar objetos.



Figura 6: Niño(a) con un patrón anormal de caderas, con una amplia abducción lo que impide su movilidad.

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

1) Detección temprana de alteraciones del desarrollo psicomotor y recomendaciones de estimulación según edad, desde recién nacido(a) hasta los 12 meses

Dada la enorme relevancia de los primeros doce meses de vida del niño(a), se describe detalladamente cada tramo de edad en este período.

Recién nacido		
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Presenta reflejo de marcha automática y carga de peso sobre extremidades inferiores.	No presenta los reflejos descritos o éstos son muy débiles.	
Presenta una marcada flexión fisiológica, al extender sus extremidades, éstas retornan inmediatamente a la posición de flexión.	Presenta una fuerte extensión o una flexión fisiológica mínima. Presenta una marcada hipotonía.	Derivación a médico.
Cuando es alimentado y mudado, duerme plácidamente.	Irritabilidad frecuente a pesar de estar alimentado, mudado y descartado los cólicos posterior a la alimentación.	
Espontáneamente busca el pecho de la madre, cuando está cerca de éste y logra alimentarse adecuadamente.	Dificultad para alimentarse. Presenta una succión deficiente.	
	Supino	
Postura asimétrica, pero que varia a lo largo del día, a ratos hacia derecha, a ratos a izquierda.	Cabeza descansa rotada y extendida, siempre hacia el mismo lado (derecho o izquierdo).	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación, para facilitar la rotación de su cabeza donde habitualmente no lo hace.
Cabeza descansa rotada, extendida e inclinada, cuando su cabeza está apoyada el bebé se orienta visualmente, siguiendo un objeto en movimiento o rostro, desde lateral hacia la línea media.	Pobre seguimiento visual estando su cabeza está apoyada o un tercero le estabiliza su cabeza.	Estimulación visual, preferentemente con rostros familiares o con objetos de colores contrastantes (como blanco y negro) ubicarlos a unos 20 centímetros de la cara del bebé. Estimular la fijación y seguimiento visual. Durante la alimentación se puede estimular a que el niño(a) oriente su cabeza hacia el lado que habitualmente lo realiza menos.

En extremidades inferiores las caderas están flectadas, ligeramente aducidas y rotadas externamente. Cuando está despierto, presenta movimientos en masa y patea con patrón recíproco y rítmico. En extremidades superiores los hombros del bebé están aducidos, rotados internamente, codos flectados, antebrazos pronados y manos flectadas, con pulgar incluido. Si las manos están cerca de la cara acerca las manos a la boca, con lo cual se calma.	No se observa pataleo con extremidades inferiores o es pobre. Fuerte extensión en extremidades inferiores. Neonato con marcada hipotonía. Extremidades superiores en extensión marcada.	Si el niño(a) presenta pobre patrón flexor, marcada extensión o hipotonía facilitar patrón flexor colocando un cojín en forma de C o un "nido" para mantener posición. El uso de cojín debe ser supervisado por un adulto y solo con el niño(a) despierto. Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención en sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil. Deje libres las manos del bebé para que pueda sentirlas y acercarlas a su cara.
	Prono	
Postura asimétrica. Cabeza rotada hacia un lado. Puede levantar y girar la cabeza por breves segundos.	Su cabeza permanece rotada hacia un solo lado. Nunca extiende y rota la cabeza activamente.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación. Estimular la fijación y seguimiento visual. Y con esto estimular que el niño(a) gire su cabeza al lado que habitualmente no lo hace.
En extremidades superiores los brazos están cerca del cuerpo, con los codos flectados y manos cerca de los hombros. Si las manos están cerca de la cara se calma.	Niños(as) rígidos o hipotónicos.	Deje libres las manos del bebé para que pueda sentirlas y acercarlas a su cara cuando lo desee.

En extremidades inferiores	Extremidades inferiores simétricamente	Si el niño(a) presenta pobre flexión
las caderas están flectadas,	extendidas.	o extensión en extremidades, o
ligeramente aducidas y		hipotonía facilitar patrón flexor
rotadas externamente,	Pobre pataleo o no patalea.	colocando un cojín en forma de C o
rodillas flectadas y tobillos		un "nido" para mantener posición.
dorsiflectados.		
		Si la condición anormal se mantiene
		por más de 2 semanas de atención
		en sala de estimulación, el bebé
		debe ser evaluado por médico o
		por un profesional especialista en
		desarrollo infantil.
		Fomentar el uso de ropa liviana
		y flexible que permita el libre
		movimiento de las extremidades del
		bebé.

Primer mes		
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
Generalidades		
El lactante de 1 mes está levemente más extendido que el neonato. Al finalizar el primer mes los reflejos de marcha automática y carga de peso sobre extremidades inferiores debe tender a desaparecer.	Presenta una fuerte extensión o una marcada hipotonía. Permanencia de dichos reflejos más allá de las 6 semanas.	Derivación a médico.
Despierto, presenta movimientos en masa.	Escasa movilidad de sus extremidades o esta ocurre de forma poco fluida y armoniosa.	

Supino		
Cabeza descansa rotada, extendida e inclinada, cuando su cabeza está apoyada el bebé se orienta visualmente, siguiendo un objeto en movimiento o rostro humano.	Cabeza rotada y extendida, siempre hacia el mismo lado (derecho o izquierdo). Presenta un pobre contacto y seguimiento visual.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación, para facilitar la rotación de su cabeza donde habitualmente no lo hace.
		Estimulación visual, preferentemente con rostros familiares o con objetos de colores contrastantes (como blanco y negro) ubicarlos a unos 20 centímetros de la cara del bebé. Estimular la fijación y seguimiento visual.
		Durante la alimentación se puede estimular a que el niño(a) oriente su cabeza hacia el lado que habitualmente lo realiza menos.
		Si la conducta persiste luego de 2 semanas de estimulación derivar a médico para evaluación y eventual interconsulta a oftalmólogo.
En extremidades superiores disminuyen el tono flexor, las extremidades se alejan del cuerpo. Si las manos están cerca de la cara acerca las manos a la boca, con lo cual se calma.	Extremidades superiores en extensión marcada.	Si el niño(a) presenta pobre patrón flexor, marcada extensión o hipotonía facilitar patrón flexor colocando un cojín en forma de C o un "nido" para mantener posición.
En extremidades inferiores disminuye el tono flexor. Las piernas se alejan del cuerpo. Despierto patea con patrón recíproco y rítmico.	Extremidades inferiores simétricamente extendidas. No se observa pataleo con extremidades inferiores o es pobre.	Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención en sala de estimulación,el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil.
La columna está más extendida, respecto del neonato.	No se observa más extendido en extremidades y columna, respecto del neonato.	Fomentar el uso de ropa liviana y flexible que permita el libre movimiento de las extremidades del bebé.
Prono		
Postura asimétrica. Cabeza rotada hacia un lado.	Su cabeza permanece rotada hacia un solo lado.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación.
Puede levantar y girar la cabeza por breves segundos.	Nunca extiende y rota la cabeza activamente.	Estimular la fijación y seguimiento visual. Y con esto estimular que el niño(a) gire su cabeza al lado que habitualmente no lo hace.

		T
En extremidades superiores los brazos están con menor tono flexor y se observan más lejos	Niños(as) rígidos o hipotónicos.	Deje libres las manos del bebé para que pueda sentirlas y acercarlas a su cara cuando lo desee.
del cuerpo, comparado con un neonato.		Si el niño(a) presenta pobre flexión o extensión en extremidades, o
En extremidades inferiores las caderas y rodillas están menos flectadas, y con esto se observan más lejos del cuerpo.	Extremidades inferiores simétricamente extendidas. Pobre pataleo o no patalea.	hipotonía facilitar patrón flexor colocando un cojín en forma de C o un "nido" para mantener posición.
La columna está más extendida, al compararlo con un neonato.	No se observa más extendido en extremidades y columna, respecto de neonato.	Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención en sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil.

Segundo mes		
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Está más extendido que los meses anteriores.		
Todavía la actividad extensora no ha sido balanceada por aumento en la activación flexora, esto provoca mantención de la asimetría, semi hipotonía y desorganización.		
Supino		
Postura asimétrica. Se observa hipotónico y desorganizado. Mantiene brevemente la cabeza en línea media.	Cabeza rotada y extendida, siempre hacia el mismo lado (derecho o izquierdo). En ningún momento del día mantiene la cabeza en la línea media.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación.
Comienza la visión binocular. Se orienta visualmente siguiendo un objeto.	Pobre contacto y seguimiento visual.	Estimulación visual, preferentemente con rostros familiares y objetos de colores contrastantes (como blanco y negro) ubicarlos a unos 20 centímetros de la cara del bebé. Estimular la fijación y seguimiento visual. Evaluar visión, si corresponde derivar a especialista.

En extremidades superiores muestra rangos amplios.	Niños(as) rígidos o hipotónicos.	Facilitar patrón flexor en cabeza y extremidades, facilitando la línea media y la cercanía de las manos al
En extremidades inferiores hay variedad en el pataleo.	Extremidades inferiores simétricamente extendidas. Pobre pataleo o ausente.	cuerpo. Deje libres las manos del bebé para que pueda sentirlas y acercarlas a su cara cuando lo desee. En caso de niños(as) muy rígidos dar posiciones y actividades que
La columna está más extendida, que el mes anterior.	No se observa más extendido en extremidades y columna, en comparación con el mes anterior.	contribuyan al estiramiento de los músculos. En caso de niños(as) muy hipotónicos incrementar la actividad muscular antigravitatoria. Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención en sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil. Fomentar el uso de ropa liviana y flexible que permita el libre movimiento de las extremidades del bebé.
	Prono	
Postura asimétrica. Cabeza rotada hacia un lado. Puede levantarla 45º desde la superficie.	Su cabeza permanece rotada hacia un solo lado. Nunca extiende y rota la cabeza activamente. No levanta en prono la cabeza 45°.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación. Estimular la fijación y seguimiento visual. Y con esto estimular que el niño(a) levante y gire su cabeza al lado que habitualmente no lo hace.
En extremidades superiores los codos están detrás del hombro.	Extremidades superiores rígidas o hipotónicas o en marcada asimetría.	Deje libres las manos del bebé para que pueda sentirlas y acercarlas a su
Las extremidades inferiores están más extendidas que en el primer mes, pero va a la flexión con facilidad y activamente.	Extremidades inferiores simétricamente extendidas. Pataleo ausente o pobre.	cara cuando lo desee. En caso de niños(as) muy rígidos dar posiciones y actividades que contribuyan al estiramiento de los músculos.
La columna está más extendida, que en el niño(a) de un mes.	No se observa más extendido en extremidades y columna, comparado con el mes anterior.	En caso de niños(as) muy hipotónicos incrementar la actividad muscular antigravitatoria. Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención en sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por un kinesiólogo especialista en desarrollo psicomotor y ser derivado a neurólogo infantil. Fomentar el uso de ropa liviana y flexible que permita el libre movimiento de las extremidades del bebé.

	Tercer mes	
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
La principal característica de este mes es el comienzo de la simetría.	Presencia de asimetría especialmente en la posición de la cabeza	Estimular la simetría con actividades como hablarle cerca de la cara o mostrando un objeto, intentando que en todo momento establezca contacto visual con el adulto o con el objeto mostrado.
	Supino	
Postura simétrica. Se observa alineado en cabeza, tronco y extremidades. Su orientación es hacia la línea media.	Cabeza mantenida en rotación y extensión.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación.
Mantiene la cabeza en línea media. Utiliza la visión binocular. Se orienta visualmente siguiendo un objeto. Gira la cabeza 180°.	No se observa la adquisición de la línea media en cabeza, tronco, extremidades y visión. Pobre contacto y seguimiento visual.	Estimulación visual, preferentemente con objetos de diversas formas y colores. Estimular la fijación, convergencia, y visión binocular.
En extremidades superiores muestran las manos sobre el tórax y contacto mano-mano.	Extremidades superiores rígidas o con marcada asimetría entre una y otra.	Si corresponde derivar a especialista. Deje libres las manos del bebé para que pueda tocar su cuerpo. Para esto favorezca el patrón flexor colocando
En extremidades inferiores las caderas, rodillas y tobillos están en 90°.	Extremidades inferiores simétricamente extendidas. Pobre pataleo o ausente.	un delgado cojín bajo su cabeza y pelvis. Estimule coordinación mano-mano Facilitar patrón flexor en cabeza y
La columna está completamente extendida.	No se observa más extendido en extremidades y columna, respecto del segundo mes. Niños(as) rígidos o hipotónicos.	extremidades, facilitando la línea media. Acerque las manos al cuerpo. En caso de niños(as) muy rígidos dar posiciones y actividades que contribuyan al estiramiento de los músculos. En caso de niños(as) muy hipotónicos incrementar la actividad muscular antigravitatoria. Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención en sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil. Fomentar el uso de ropa liviana y flexible que permita el libre movimiento de las extremidades del bebé. Al cargarlo, alimentarlo, jugar, etc., oriéntelo hacia la línea media.

	Prono	
Postura simétrica, con apoyo en ambos codos y sínfisis púbica. Cabeza alineada. Puede levantarla 90º desde la superficie de apoyo.	Postura asimétrica o desorganizada. Su cabeza permanece rotada y extendida. Nunca mantiene la cabeza alineada. No levanta la cabeza en prono o no la levanta 90°.	Revisar ubicación de la cuna y móviles existentes, si es necesario sugerir cambios en la habitación. Estimular la fijación y seguimiento visual. Y con esto estimular que el niño(a) levante su cabeza orientándose en línea media.
En extremidades superiores los codos están alineados con los hombros.	Pobre movilidad en extremidades superiores (hipotónicas, hipertónicas)	Dar estimulación táctil y propioceptiva en cinturón escapular para que el niño(a) cargue peso en ambos codos. Dar estimulación táctil y propioceptiva en tronco para facilitar el apoyo en codos.
Las extremidades inferiores están con cadera en abducción y rotación externa, flexiona las rodillas y contacta pie con pie.	Pobre movilidad en extremidades inferiores (hipotónicas, hipertónicas) Extremidades inferiores simétricamente extendidas.	Si el niño(a) es hipotónico o presenta un tono extensor aumentado facilite la flexión colocando un cojín en forma de rollo bajo sus axilas. Si la condición anormal se mantiene por más de 2 semanas de atención
La columna está completamente extendida y la pelvis neutra.	No se observa más extendido en extremidades y columna, comparado con un niño(a) de dos meses. La pelvis no está neutra.	en sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil. Fomentar el uso de ropa liviana y flexible que permita el libre movimiento de las extremidades del bebé.

	Cuarto mes.	
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Aumento significativo de la simetría, flexión, extensión y enderezamiento óptico y laberíntico.	Presencia de asimetría, mucho más notoria en la cabeza. Escaso control de cabeza.	Estimular simetría y control de la cabeza.
Buen control de cabeza.	Pobres movimientos controlados.	
Se inician los movimientos controlados y con propósito.		

	Supino	
Activamente flecta y extiende las caderas, las manos van a las rodillas. Con las rodillas en flexión rueda de supino a decúbito lateral.	El bebé no rueda desde decúbito supino al lateral, ya que no flexiona sus caderas y rodillas.	Fomentar flexión de caderas utilizando cascabeles en los pies que le motiven a elevar las extremidades inferiores.
Activamente puede flectar, hundir mentón y mantener la cabeza en línea media.	Presenta una fuerte extensión y mínima flexión. Posturas asimétricas de la cabeza, tronco o extremidades superiores. Pobre orientación en la línea media de la cabeza y manos.	Estimular orientación de la cabeza en la línea media a través de objetos de colores llamativos que capturen la atención del menor y luego movilización hacia lateral hasta alcanzar los 180 grados. Si la extensión se mantiene por más de 2 semanas durante la atención en la sala de estimulación, el bebé debe ser evaluado por médico o por un profesional especialista en desarrollo infantil.
Para seguir objetos puede disociar los movimientos de los ojos de los movimientos de la cabeza.	Pobre seguimiento visual	Estimular la fijación y seguimiento visual.
Realiza juego vocálico, sonríe a la persona que le habla.	No realiza sonidos. Sonrisa poco consistente.	Hablar al rostro al bebé y esperar respuesta.
Puede flectar caderas en 90 grados y ligeramente levantar las nalgas durante el juego de manos a rodillas. Puede trae las manos hacia la cara, juntas sobre el pecho y devolverlas sobre las caderas. Puede hacer prensión de los objetos por lateral con la mano con en desviación cubital, pudiendo batirlo y golpearlo.	Sin exploración de manos y cuerpo en supino. No alcanza manos a rodillas flectadas en supino. Uso unilateral de extremidades superiores.	Estimular seguimiento de objetos tanto visual, como con extremidades superiores.
El bebé descansa las piernas en posición de rana (flexión simétrica de cadera, abducción y rotación externa, flexión de rodilla, dorsiflexión y eversión de tobillo). El bebé mueve sus piernas simétricamente, alternado entre flexión y extensión total.	Extremidades inferiores fuertemente extendidas o con mínima flexión. No hay alternancia entre flexión y extensión de extremidades inferiores. Prolongado mantenimiento de la postura en piernas de rana sin balanceo de cadera y extensión de rodillas.	Fomentar flexión de caderas utilizando cascabeles en los pies que le motiven a elevar las extremidades inferiores.

	Rodando desde el supino al decúbito late	eral
El bebé rueda desde el supino al decúbito lateral con flexión simétrica de caderas y rodillas y manos juntas o sobre las rodillas Alcanza manos a rodillas y mano a mano mientras está en decúbito lateral.	El niño(a) no lleva en flexión sus caderas y rodillas, y por esto no logra girar desde el decúbito supino al lateral.	Fomentar flexión de caderas utilizando cascabeles en los pies que le motiven a elevar las extremidades inferiores y caer accidentalmente al decúbito lateral.
	Prono	
Puede flexionar la cabeza a favor de la gravedad. Puede levantar y sostener la cabeza en la línea media en un ángulo de 90 grados, cargando peso en antebrazos. Durante la rotación de la cabeza el bebé traslada el peso al brazo facial. Durante la carga de peso sobre los antebrazos, el bebé extiende la columna cervical, torácica y lumbar.	Habilidad limitada o inhabilidad de levantar la cabeza o sostener la cabeza levantada en prono. No asume carga de peso en antebrazos. Los codos están por detrás de los hombros.	Facilitar posición prono a través de diferentes formas como: colocando una toallita en forma de rollo bajo el pecho o colocando al bebé sobre muslos de tratante a fin de favorecer el levantamiento de la cabeza. Si no se observan cambios después de 2 semanas de tratamiento en sala de, el bebé debe ser evaluado por un kinesiólogo especialista en desarrollo psicomotor.
Asume posición en piernas de rana, pudiendo extender simétricamente las extremidades inferiores en caderas, rodillas y tobillos.	Mantiene la posición de rana por períodos prolongados de tiempo.	
	Tracción a sedente	
Anticipa la tracción a sedente con reclutamiento de musculatura flexora cuando los dedos del examinador están presentes, el bebé agarra los dedos del examinador y el bebe flecta la cabeza y hunde el mentón.	No logra levantar la cabeza cuando es traccionado a sedente.	Estimular el control de cabeza y tronco. Posicionar en contra de la gravedad.

	Quinto mes	
Desarrollo psicomotor normal	Retraso o déficit del desarrollo psicomo- tor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
El niño está mucho más activo que los meses anteriores tanto en el plano sagital como en el frontal. Sus movimientos con propósito son mucho más frecuentes. Con mayor frecuencia cae accidentalmente desde el supino al prono.	Niño hipoactivo, con movimientos poco variados. Asimetría corporal (cabeza, uso de las manos). Niños con patrones extensores o hipotónicos.	Derivación a médico.
	Supino	
Extiende completamente los codos para alcanzar un objeto. Cruza la línea media para alcanzar un objeto. Sostiene y golpea objetos pequeños. El mayor control flexor le permite llegar con los pies muy cerca de la cara. Las extremidades inferiores muestran posiciones disociadas.	No orienta su cabeza y extremidades a la línea media, lo que dificulta la convergencia visual, contacto manomano y la coordinación óculo manual. Presenta un marcado patrón extensor. No balancea las posturas asimétricas con las simétricas. Presenta una marcada hipotonía. Presenta rango limitado en extremidades. Muestra uso unilateral de las extremidades superiores.	Orientar su cabeza y manos hacia la línea media, con objetos llamativos en colores o sonido. Favorecer un patrón flexor, posicionado con cojines o rollos de tela. Combinar actividades simétricas con asimétricas, de modo que pued experimentar distintas posiciones y actividades. Dar experiencias de movilidad en rangos amplios. Si se presenta hipotonía dar experiencias con gravedad para favorecer la activación de grupos musculares.
Se observa mayor extensión en tronco, pelvis y caderas. El mayor control extensor le permite apoyarse en palmas con codos extendidos. Pivotea en prono. Alcanza objetos en prono, al trasladar el peso lateralmente, usando el plano frontal.	No se apoya en extremidades superiores. La falta de extensión en tronco y caderas dificulta el soporte de peso en extremidades superiores. No logra alcanzar objetos en prono. No utiliza el plano frontal en prono.	Favorecer la descarga de peso en extremidades superiores, dar experiencias en prono con distintor planos de inclinación. Favorecer la extensión en caderas y pelvis, de modo que sea más fácil levantar la cabeza y apoyarse en extremidades superiores. Dar estabilidad en cinturón escapular para que se pueda enderezar en prono. Favorecer la descarga de peso a lateral, utilizando un plano frontal para ello capte la atención del

Rodan	do desde el supino al decúbito lateral y dec	rúbito prono
En decúbito lateral logra una mayor flexión lateral antigravitatoria.	No rueda del supino al decúbito lateral. No muestra una mayor flexión lateral que meses anteriores.	Aumentar el control flexor y extensor para favorecer el logro del decúbito lateral. Jugar en decúbito lateral. Favorecer los enderezamientos.
	Tracción a sedente	
Flecta y levanta activamente la cabeza, los flexores de codo ayudan en la tracción, los abdominales se contraen para estabilizar el tronco, y flecta caderas, rodillas y tobillos.	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No flecta las extremidades inferiores.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones.
	Sedente	
Por escasos segundos se logra mantener sentado por sí solo. El tronco está flectado y las extremidades inferiores adoptan una posición en círculo.	El tronco está más flectado como de un niño(a) de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos. Las extremidades se observan rígidas y extendidas.	Ayudar a que el niño adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente. Si se sienta al niño se le debe dar soporte. No debe permanecer mucho tiempo el niño sentado, su columna no está aún preparada.
	Bípedo	
Soporta el peso, se observa más alineada la cabeza, tronco y extremidades.	No soporta el peso. Se observa desalineado.	Trabajar más la flexión y extensión en distintas posiciones. Dar experiencias con gravedad.

	Sexto mes.	
Desarrollo psicomotor normal	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Cada vez más activo, ya logra llegar con sus pies a la cara y boca.	Niño(a) hipoactivo, con movimientos poco variados.	Derivación a médico.
Logra girarse controladamente desde el supino al prono.	Asimetría corporal (cabeza, uso de las manos).	
Si se le deja sentado puede mantenerse en la posición, con un patrón aún inmaduro.	Niños(as) con patrones extensores o hipotónicos. Prefiere estar en supino.	

Supino

El mayor control antigravitatorio se observa en una mayor retroversión pélvica, con lo que el niño va con los pies más arriba cerca de la cara e incluso a la boca.

Extremidades más activas y con movimientos más disociados.

Hay un balance entre la flexión y extensión y el niño se flecta y extiende con la misma habilidad. No orienta su cabeza y extremidades a la línea media, lo que dificulta la convergencia visual, contacto manomano y la coordinación óculo manual. Presenta un marcado patrón extensor.

Muestra un pobre desarrollo del control flexor.

No balancea las posturas asimétricas con las simétricas.

Presenta una marcada hipotonía.

Presenta rango limitado en extremidades.

Muestra uso unilateral de las extremidades superiores.

Orientar su cabeza y manos hacia la línea media, con objetos llamativos en colores o sonido.

Favorecer un patrón flexor, posicionado con cojines o rollos de tela.

Combinar actividades simétricas con asimétricas, de modo que pueda experimentar distintas posiciones y actividades.

Dar experiencias de movilidad en rangos amplios.

Si se presenta hipotonía dar experiencias con gravedad para favorecer la activación de grupos musculares.

Prono

Aumenta el control antigravitatorio y en las caderas y extremidades inferiores se observa mayor extensión que en meses anteriores.

Carga peso en extremidades superiores extendidas.

Pivotea en círculos llegando cerca de objetos para alcanzarlos.

Extremidades más activas y con movimientos más disociados.

Puede llegar a cuatro apoyos gracias al empuje en prono y a una mayor disociación en las extremidades inferiores. No ha logrado la extensión esperada para este mes.

La falta de extensión en cabeza, tronco y caderas dificulta el soporte de peso en extremidades superiores.

No se apoya en extremidades superiores.

No logra alcanzar objetos en prono.

Cuando va a alcanzar objetos en prono no utiliza el plano frontal. No intenta despegar el vientre para ir a cuatro apoyos. Favorecer la descarga de peso en extremidades superiores, dar experiencias en prono con distintos planos de inclinación.

Favorecer la extensión en caderas y pelvis, de modo que sea más fácil levantar la cabeza y apoyarse en extremidades superiores.

Dar estabilidad en cinturón escapular para que se pueda enderezar en prono.

Favorecer la descarga de peso a lateral, utilizando un plano frontal, para ello capte la atención del niño(a) con un objeto que él quiera alcanzar.

Ayudarlo a llegar a una posición en cuatro apoyos por pocos minutos.

R	odando desde el supino al decúbito lateral y	y prono
En decúbito lateral el mayor balance flexor y extensor le otorga un mayor control en esta posición, pudiendo ser una posición funcional para el uso de las extremidades superiores. Gira del supino al prono usando el plano transversal.	No rueda del supino al decúbito lateral. No muestra una mayor flexión lateral que meses anteriores.	Aumentar el control flexor y extensor para favorecer el logro del decúbito lateral. Jugar en decúbito lateral. Favorecer los enderezamientos.
	Tracción a sedente	
Flecta activamente cabeza y tracciona con extremidades superiores, gracias a esto puede llegar a pararse por sí solo. Las rodillas se extienden y flectan las caderas.	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y flecta las caderas.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones.
	Sedente	
Se mantiene sentado por sí solo con leve flexión de tronco. Presenta apoyo anterior en las manos.	El tronco está más flectado como de un niño(a) de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos.	Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente.
Las extremidades inferiores permanecen en círculo.	No presenta apoyo anterior en palmas. Las extremidades se observan rígidas y extendidas.	Si se sienta al niño(a) se debe tener la precaución de que se puede caer a los lados y atrás.
	Bípedo	
Apoya todo el peso en los pies. Comienza a rebotar fletando y extendiendo las rodillas.	No soporta el peso. Se observa desalineado.	Trabajar más la flexión y extensión en distintas posiciones. Dar experiencias con gravedad.

	Séptimo mes.	
Desarrollo psicomotor normal	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Prefiere estar en posición prono por sobre el supino.	Niño(a) hipoactivo, con movimientos poco variados.	Derivación a médico.
Comienza con nuevas posiciones independientes	Asimetría corporal (cabeza, uso de las manos).	
como 4 apoyos y sedente.	Niños(as) con patrones extensores o hipotónicos.	
	Prefiere estar en supino.	

	Supino	
El control flover logra de la	-	Doolings in ages to estimide des and
El control flexor logrado le permite jugar con los pies y con	No juega con los pies y con objetos mostrando un gran control flexor.	Realizar juegos y actividades que estimulen el control flexor.
objetos pequeños y los pies.	mostrariao an gran control nexol.	Continuent of Continuent Mexico.
objetos pequeños y los pies.	Se observa mucho tiempo en supino, no	Mostrar al niño(a) sus pies. Dejar qu
Del supino rueda al prono por	intenta ir al prono.	los toque.
lo que no se observa mucho en	•	•
supino.		
	Prono	
Soporta el peso con brazos	No ha logrado la extensión esperada para	Favorecer la descarga de peso
extendidos.	este mes.	en extremidades superiores, dar
		experiencias en prono con distintos
Puede levantar el vientre y	La falta de extensión en cabeza, tronco	planos de inclinación.
enderezarse sobre las rodillas,	y caderas dificulta el soporte de peso en	
adoptando una posición en	extremidades superiores.	Favorecer la extensión en caderas
cuatro apoyos.	No se anova en ovtromidados superiores	y pelvis, de modo que sea más fácil
	No se apoya en extremidades superiores.	levantar la cabeza y apoyarse en
	No logra alcanzar objetos en prono.	extremidades superiores.
	5 7 1	Dar estabilidad en cinturón
	Cuando va a alcanzar objetos en prono no	escapular para que se pueda
	utiliza el plano frontal.	
	, , , , , ,	enderezar en prono.
	No logra la posición de cuatro apoyos.	Favorecer la descarga de peso a
		lateral, utilizando un plano frontal,
		para ello capte la atención del niño
		con un objeto que él quiera alcanzar.
		tori uri objeto que er quieru urturisuri
		Ayudarlo a llegar a una posición en
		cuatro apoyos por pocos minutos.
	Tracción a sedente	cuatro apoyos por pocos minutos.
Flecta activamente la cabeza y	Tracción a sedente Existe un retraso en el control de la	Dar más oportunidades para
Flecta activamente la cabeza y brazos traccionándose.		
brazos traccionándose.	Existe un retraso en el control de la cabeza.	Dar más oportunidades para
•	Existe un retraso en el control de la	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la
brazos traccionándose.	Existe un retraso en el control de la cabeza.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas
brazos traccionándose.	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas.	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones.
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente
Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo.	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos, no alineado.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente. Si se sienta al niño(a) se debe tener
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo. Se mantiene sentado por	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente Si se sienta al niño(a) se debe tener la precaución de que se puede caer a
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo. Se mantiene sentado por sí solo con tronco erguido	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos, no alineado.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente. Si se sienta al niño(a) se debe tener
Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo. Se mantiene sentado por sí solo con tronco erguido y extremidades inferiores	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos, no alineado. No presenta apoyo anterior en palmas.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente Si se sienta al niño(a) se debe tener la precaución de que se puede caer a
brazos traccionándose. Extiende rodillas y caderas. Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo. Se mantiene sentado por sí solo con tronco erguido	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos, no alineado. No presenta apoyo anterior en palmas. Las extremidades inferiores están en círculo.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente Si se sienta al niño(a) se debe tener la precaución de que se puede caer a
Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo. Se mantiene sentado por sí solo con tronco erguido y extremidades inferiores extendidas y alineadas.	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos, no alineado. No presenta apoyo anterior en palmas. Las extremidades inferiores están en círculo. Las extremidades se observan	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente Si se sienta al niño(a) se debe tener la precaución de que se puede caer a
Puede sentarse usando un enderezamiento lateral (sedente lateral) ya que le interesa un objeto se desplaza por el espacio aéreo. Se mantiene sentado por sí solo con tronco erguido y extremidades inferiores	Existe un retraso en el control de la cabeza. La cabeza no se flecta activamente. No extiende las rodillas y las caderas. Sedente El tronco está flectado como de un niño de meses anteriores. La cabeza y tronco están marcadamente extendidos, no alineado. No presenta apoyo anterior en palmas. Las extremidades inferiores están en círculo.	Dar más oportunidades para que el niño(a) pueda trabajar la musculatura flexora en distintas posiciones. Ayudar a que el niño(a) adquiera un mayor control tanto flexor como extensor, este balance le permitirá ganar mayor extensión en el sedente. Si se sienta al niño(a) se debe tener la precaución de que se puede caer a

Bípedo		
Apoya todo el peso en los pies.	No soporta el peso.	Trabajar más la flexión y extensión
Se observa alineado.	Se observa desalineado.	en distintas posiciones.
		Dar experiencias con gravedad.

	Octavo mes.	
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Es muy difícil obsérvale en algún decúbito, rápidamente pasa a 4 apoyos o a sentarse. Sus actividades manipulativas están muy avanzadas.	Niño(a) hipoactivo, con movimientos poco variados o poco fluidos. Asimetría corporal (cabeza, uso de las manos). Niños(as) con patrones extensores o hipotónicos. Prefiere estar en supino o prono.	Derivación a médico.
	Supino y prono	
Estas posiciones ya no son de su agrado. En decúbito prono pasa rápidamente a cuadrúpedo para llegar a gatear o sentarse.	Permanece largos periodos en supino o en prono.	Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a sentarse, a cuadrúpedo y a gatear.
	Sedente	
Utiliza una gran variabilidad de posiciones de las extremidades inferiores. Utiliza el plano transversal al rotar el tronco. De sedente va a cuadrúpedo.	No logra sentarse por sí mismo. Utiliza pobre variabilidad de posiciones de las extremidades inferiores. Presenta insuficiente control de tronco y coxofemoral. Solo utiliza extremidades en círculo, con patrón flexor. Esto le da un control que no está en tronco inferior. Permanece con las extremidades muy extendidas por largos períodos. No se encuentra alineado en el plano sagital. Desalinea en plano frontal y transverso. No utiliza plano frontal ni transverso. No logra ir de sedente a alcanzar a los lados o adelante.	Facilitar que el niño(a) logre sentarse por sí mismo. Trabajar el control de tronco y coxofemoral. Facilitar el uso de variabilidad en el sedente. Evitar que el niño(a) se fije en un sedente con patrón flexor o extensor. Dar alineación en sedente, en los distintos planos. Trabajar los distintos planos de movimiento. Trabajar los alcances adelante y laterales. Facilitar la transición de sedente a cuadrúpedo.
	No logra salir de sedente a cuadrúpedo.	Elongar musculatura tensa.

Manipu	ılación
--------	---------

Alcance con sus miembros superiores en distintas direcciones.

Opone el dedo pulgar al resto de los dedos.

También aduce el pulgar hacia el costado del dedo índice que está flectado (prensión en tijeras).

Coge objetos pequeños, los que lleva a la boca.

Puede tomar dos objetos a la vez.

Puede sacudir dos objetos a la vez, lo que indica que el niño(a) asocia objetos.

Activamente supina y prona antebrazos.

Pobre alcance en sedente.

Pobre desarrollo de la manipulación. No toma objetos.

No toma dos objetos a la vez.

No sacude dos objetos.

No lleva objetos a la boca.

No supina y prona activamente antebrazos.

Estimular el control de tronco y esto apoyará el desarrollo de la manipulación.

Estimular los alcances laterales y anteriores, el uso de planos de movimiento, la transferencia de peso, los enderezamientos.

Trabajar con distintos objetos que den distinta información sobre el color, forma, textura.

Gateo

Llega a gatear desde el cuadrúpedo.

Utiliza movimientos recíprocos de las extremidades.

No adquiere el cuadrúpedo.

No traslada y soporta peso en las extremidades.

No gatea, por pobre control de tronco.

No logra gateo disociado y recíproco.

Gateo homolateral.

Trabajar la transición de sedente a cuadrúpedo.

Cargas y trasferencias de peso en extremidades.

Trabajar la disociación coxofemoral y control de tronco.

Trabajar los planos frontal y transverso.

Trabajar la secuencia de movimiento recíproco.

Bípedo

Se tracciona de un mueble con sus extremidades superiores para ponerse de pie.

De pie abduce las caderas para estabilizar la postura, eleva hombros con el mismo objetivo.

Primeros intentos para rotar el tronco.

No se pone de pie por sí solo.

No logra mantenerse en bípedo.

De pie presenta una base pequeña.

No intenta rotar el tronco.

No logra ir desde bípedo al suelo por sí solo.

Trabajar el control de tronco.

Trabajar la disociación de extremidades inferiores.

Trabajar la secuencia desde rodillas a bípedo.

Trabajar la carga de peso en extremidades inferiores.

Marcha			
Comienza a caminar pocos pasos lateralmente, con apoyo en los muebles.	No logra mantenerse en bípedo. No logra dar unos pocos pasos en marcha lateral.	Trabajar el control de tronco. Trabajar la carga de peso en extremidades inferiores.	
Eleva los hombros para aumentar la estabilidad.	No soporta el peso ni da pasos cuando se le toma desde las manos.	extremuates interiores.	
Si se le toma desde las manos da pasos, con incoordinación y pobre control de tronco, la pelvis se inclina a anterior.	Utiliza una base muy pequeña por lo cual la marcha es muy dificultosa e incoordinada.		

Noveno mes.			
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento	
	Generalidades		
Practica y mejora sus habilidades motoras finas y gruesas. Explora activamente el medio ambiente que lo rodea, tanto sensitiva como espacialmente. Aprende de alturas, distancias y espacios. Utiliza el gateo como medio de transporte. Le gusta estar de pie y caminar lateralmente afirmado de muebles.	Niño(a) hipoactivo, con movimientos poco variados o poco fluidos. Asimetría corporal (cabeza, uso de las manos). Niños(as) con patrones extensores o hipotónicos. Prefiere estar en supino o prono. No logra sentarse o alcanzar los 4 apoyos.	Derivación a médico.	
	Supino y prono		
Estas posiciones ya no son de su agrado. En decúbito prono pasa rápidamente a cuadrúpedo para llegar a gatear o sentarse.	Permanece largos periodos en supino o en prono.	Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a sentarse, a cuadrúpedo y a gatear.	

Sedente

El sedente es funcional, las piernas adoptan posiciones variadas. Es una posición transitoria desde donde va a explorar el medio ambiente.

El tronco está más estable dinámicamente en esta posición.

Durante las transiciones puede mantener objetos en sus manos o empujarlos. No se sienta por sí solo.

Niño(a) se sienta en W, ya que presenta insuficiente control de tronco y pelvico femoral, o un tono postural bajo.

Niño(a) solo se sienta con piernas en círculo, con aumentada rotación externa, flexión y abducción de caderas. Indica un pobre control de tronco y pelvicofemoral.

Posturas en sedente estereotipadas.

Aumento de la tensión de los músculos de extremidades inferiores impiden un sedente con piernas extendidas.

Pobres traslados de peso lateral en sedente.

Estimular la posición sedente y estimular el que se siente independientemente.

Trabajar el control de tronco en distintos planos junto con el control y disociación coxofemoral.

Manipulación

Como ha mejorado de forma importante el control de tronco en sedente aparece la pinza entre índice y pulgar aducido. Sus habilidades manipulativas son pobres, solo logra tomar objetos con desviación cubital o como mano en rastrillo.

Mejorar el control de tronco en todos los planos, especialmente el sagital y frontal.

Fortalecer la posición sedente que le permita mejorar sus habilidades manipulativas.

Gateo

Es hábil en el gateo, aumentando la velocidad y el control y pudiendo transportar objetos en sus manos.

Va de la posición de gateo a sedente con mucha facilidad.

Puede jugar en posición de rodillas tronco erguido y de rodillas con apoyo en una pierna.

No gatea, por pobre control de tronco y disociación de extremidades inferiores.

No adopta ni juega en posición de rodillas tronco erguido.

No sale del sedente activamente.

Estimular las transiciones (Ir de sedente a cuadrúpedo, de cuadrúpedo a sedente, de cuadrúpedo a de rodillas, de rodillas a bípedo, de bípedo a sedente.

Aumentar el control de tronco y pélvico-femoral.

Bípedo

En bípedo soporta todo el peso en los pies, con una mano sobre un mueble obtiene estabilidad.

Puede rotar su tronco y recoger objetos desde el suelo.

Muestra marcha lateral con control en el plano frontal.

No logra ponerse de pie.

De pie no realiza adecuados ajustes posturales posterior a los traslados de peso al rotar o marchar lateral, perdiendo el equilibrio. Trabajar todos los aspectos previamente descritos, los cuales resultan claves para que logre alcanzar la posición de pie.

	Décimo mes.	
Desarrollo psicomotor esperado	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Siempre está muy ocupado, le gustan los juguetes y disfruta explorarlos. El gateo es su principal medio de locomoción.	Utiliza un patrón extensor en distintas actividades, como girar, ir a de pie, etc. Se observa hipotónico en todo momento. Puede mostrar restricción de la movilidad en grandes articulaciones.	Derivación a médico.
	Supino y prono	
Estas posiciones ya no son de su agrado. En decúbito prono pasa rápidamente a cuadrúpedo para llegar a gatear o sentarse.	Permanece largos periodos en supino o en prono.	Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a sentarse, a cuadrúpedo y a gatear.
	Sedente	
Está sentado sólo para comer o manipular objetos, ya que la mayor parte del tiempo entra y sale del sedente, llevando juguetes a una nueva ubicación. Puede sentarse con las piernas estiradas y alineadas con el cuerpo, en esta posición puede rotar el tronco. También puede mover el tronco hacia adelante sobre una pierna, para alcanzar juguetes o ir a la cuadrupedia. Otra posición utilizada es con una extremidad inferior rotada interno y la otra a externo, esto da una base estable y amplia que le permite jugar con sus miembros superiores. Estas distintas alineaciones en sedente son posibles gracias a un tronco estable y la aumentada movilidad pélvicofemoral.	No alcanza la postura de sedente de manera independientemente. Solo puede mantenerse sentado independientemente cuando las piernas estan en posturas de anillo o de W. No utiliza distintos sedentes. No logra entrar o salir desde la posicion sedente. No mueve el tronco ni la pelvis sobre la articulación de cadera cuando se mueve en sedente.	Mejorar control de tronco en sedent para mejorar manipulación. Para regularizar el tono y favorecer la orientación postural dar actividades que incorporen alineación e información propioceptiva. Trabajar el control de tronco en distintos planos junto con el contro y disociación coxofemoral. Trabajar el plano transverso para favorecer el control de tronco, las actividades en diagonal, enderezamiento, traslados de peso y transiciones.

	Manipulación	
Al realizar alcance su muñeca puede ir en extensión. Usa actividad digital para manipular y explorar los objetos y pinza para objetos muy pequeños.	Se observa una pobre manipulación. No se observa posibilidad de realizar pienza.	Mejorar el control de tronco en todos los planos, especialmente el sagital y frontal. Fortalecer la posición sedente que le permita mejorar sus habilidades manipulativas.
	Gateo	
Gatea y trepa para explorar el ambiente. Se arrodilla sin apoyo externo, aunque aún no alcanza el control total de esta posición.	No realiza la transición de prono a cuadrupedo. No gatea disociando brazos y piernas. No trepa sobre muebles o escaleras.	Estimular las transiciones (sedente a cuadrúpedo, de cuadrúpedo a sedente, de cuadrúpedo a de rodillas, de rodillas a bípedo, de bípedo a sedente). Estimular el ir desde rodillas a de pie disociando las extremidades inferiores.
	Bípedo	
De rodillas puede pasar a bípedo afirmándose con una mano en un mueble. De pie puede ir al suelo flexionando sus extremidades inferiores simétricamente mientras se estabiliza con miembros superiores.	No traslada el peso a los miembros inferiores en la transición a bipedo. No logra ir a de pie disociando los miembros inferiores. No logra desde una posición de pie ir al suelo flexionando sus extremidades inferiores simétricamente. En bipedo presenta una marcada extension en extremidades inferiores. En bipedo no apoya los talones. En bipedo se estabiliza con las extremidades superiores, las extremidades inferiores no son capaces de soportar todo su peso. En bipedo sostenido en un mueble no puede tener sus manos libres para alcanzar y manipular juguetes.	Estimular el ir desde bípedo al suelo flexionando simétricamente las extremidades inferiores. Aumentar el control de tronco y pélvico femoral en distintos planos y actividades. Trabajar posturas intermedias y también las altas. Ir desde sedente a cuatro puntos, a de rodillas y bípedo.
	Marcha	
Cuando se le sostiene de sus manos camina con aduccion escapular simetrica, extension de tronco y anteversion pelvica.	No intenta ni logra caminar hacia delante cuando un adulto lo sostiene de las manos.	Trabajar todos los aspectos previamente descritos, los cuales resultan claves para que logre alcanzar la posición de pie.

	Undécimo mes.	
Desarrollo psicomotor normal	Retraso o déficit del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Generalidades	
Gatea sin problemas de una habitación a otra, por sí solo llega a ponerse de pie, trepa muebles y camina alrededor de ellos. En el juego explora activamente su entorno, aumentando la planificación motora, percepción y esquema corporal. Ayuda cuando lo visten o desvisten.	Presenta un escaso repertorio de movimientos, permanece en sedente sin poder salir de dicha posición. Su exploración del ambiente es limitada.	Derivación a médico.
	Supino y prono	
Estas posiciones ya no son de su agrado. En decúbito prono pasa rápidamente a cuadrúpedo para llegar a gatear o sentarse.	Permanece largos periodos en supino o en prono.	Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a sentarse, a cuadrúpedo y a gatear.
	Sedente	
Está todo el tiempo pasando de sedente a cuadrúpedo y a gatear. Se queda cortos periodos sentado, explorando un objeto. Utiliza una gran variabilidad de posiciones de las extremidades inferiores (piernas extendidas, sedente lateral, piernas en círculo, extremidades inferiores diferenciadas). La rotación de tronco es mayor que en meses anteriores. Alcanza objetos a los lados y detrás. En sedente lateral la base es pequeña permitiendo una mayor flexión lateral de tronco. La estabilidad dinámica de tronco le permite alcanzar objetos muy lejos y muy alto, utilizando amplios rangos en extremidades superiores. Si la tarea motora es dificultosa el niño vuelve a adoptar una postura con aducción de brazos.	No logra sentarse por sí mismo. Utiliza pobre variabilidad de posiciones de las extremidades inferiores. Presenta insuficiente control de tronco. Utiliza limitadas posiciones en extremidades inferiores. Permanece con extremidades inferiores en círculo o extendidas largos períodos. Muestra una postura rígida en extremidades inferiores. Se encuentra poco alineado en los planos sagital, frontal y transversal. No se mueve en los planos frontal ni transverso. No logra ir de sedente a alcanzar a los lados o adelante. No transiciona de sedente a cuadrúpedo.	Facilitar que el niño(a) logre sentarse por sí mismo. Dar experiencias de movilidad para alcanzar este objetivo. Dar estabilidad donde el niño(a) lo necesita para ayudar a su enderezamiento y así alcanzar el sedente. Trabajar el control de tronco en sedente. Sentar al niño y ayudarlo en el control de tronco. Dar alineación. Facilitar la variabilidad en el sedente. Trabaje el control de tronco y uso de los planos en sedente. Incentive al niño(a) a alcanzar objetos más lejos y más alto. Esté atento a las compensaciones del niño para mantener el sedente. Evitar que el niño(a) se fije en un sedente con patrón flexor o extensor. Facilitar la transición de sedente a cuadrúpedo. Trabajar la secuencia del movimiento.

	Marrian-la si for	
	Manipulación	
Alcanza objetos en distintas direcciones, muy alto y lejos.	Pobre alcance de objetos en sedente Pobre desarrollo de la manipulación.	Estimular el control de tronco, el uso de los planos y la alineación en
Alcanza con muñeca extendida.	No toma dos objetos a la vez.	sedente, esto favorecerá el desarrollo de la manipulación.
Opone el dedo pulgar al resto de los dedos.	No sacude dos objetos.	Estimular los alcances laterales, anteriores y atrás. También muy alto
Puede usar una prensión de pinza para objetos muy	No manipula con ambas manos.	y muy lejos. Trabajar con distintos objetos que
pequeños.		den distinta información sobre el color, peso, forma, textura, etc.
Puede utilizar una pinza de tres dedos, con el dedo pulgar, índice y medio, para		color, peso, iorma, textura, etc.
alimentarse.		
Manipula objetos con ambas manos.		
	Gateo	
El gateo es la principal forma de locomoción a esta edad.	No adquiere el cuadrúpedo. No gatea.	Trabajar la transición de sedente a cuadrúpedo.
Pasa la mayor parte del tiempo pasando de sedente a cuatro	No logra gateo disociado y recíproco.	Trabajar la disociación coxofemoral y control de tronco.
apoyos y gateando. Utiliza movimientos recíprocos	Presenta un gateo homolateral.	Trabajar los planos frontal y transverso.
de las extremidades.	No pasa de una habitación a otra gateando.	Trabajar la secuencia de movimiento
Puede transportar objetos cuando gatea.		recíproco.
Gatea sin dificultad de una habitación a otra.		
	De rodillas	1
Llega a de rodillas y se mantiene arrodillado sin apoyo	No llega a de rodillas por sí solo.	Trabajar el control de tronco.
de las extremidades superiores. La pelvis va a anterior.	Utiliza los miembros superiores para llegar y mantenerse arrodillado.	Trabajar el uso de los distintos planos en diferentes posturas.
-		Dar alineación.
		Dai aimeación.

	Trepar	
Trepa muebles utilizando los miembros superiores para impulsarse. Para bajar los muebles un adulto le debe mostrar o enseñar. Puede ponerse de pie desde una posición de rodillas con apoyo unilateral, bajar a una posición de cuclillas y levantarse de nuevo. De pie apoyado en un mueble manipula objetos con ambas manos. Puede mantenerse de pie sin apoyarse en un mueble y manipular un objeto, mostrando una amplia base.	No trepa los muebles. Muestra poca habilidad para solucionar problemas. Bípedo No se pone de pie por sí solo. No logra mantenerse en bípedo. Lleva tiempo practicando para ir a bípedo y todavía usa extremidades inferiores simétricamente, patrón flexor con pelvis anterior. No ha adquirido asimetría con combinación de patrones. De pie presenta una base pequeña. No rotar el tronco en bípedo. No logra ir desde bípedo al suelo.	Estimular el control de tronco, uso de los planos de movimientos, alineación. Dar oportunidades para resolver problemas. En distintas posturas y actividade trabajar el control de tronco, los usos de los distintos planos de movimiento y la alineación. Trabajar la disociación de extremidades inferiores para ir a bípedo. Trabajar la secuencia desde rodilla a bípedo. Trabajar la carga de peso en extremidades inferiores.
	Marcha	En bípedo trabajar el control de tronco.
Camina afirmado de un mueble en marcha lateral y también tomado de la mano de un adulto. Es más rápido en la marcha, debido a los ajustes posturales automáticos y al mayor traslado de peso en extremidades inferiores. Camina suelto por algunos pasos, muy rápido para caer en los brazos de los padres y cuidadores. Para aumentar el control postural adopta una amplia base, abduce brazos y flecta codos.	No llega al bípedo por sí solo. No logra mantenerse en bípedo por sí solo. No logra dar unos pocos pasos en marcha lateral. No soporta el peso ni da pasos cuando se le toma desde las manos. Utiliza una base muy pequeña por lo cual la marcha es muy dificultosa e incoordinada.	Trabajar el control de tronco, uso de los planos y alineación, en distinta posturas y movimientos. Trabajar la carga de peso en extremidades inferiores. Estimular el dar pasos. Traslade el centro de gravedad hacia anterior.

so o déficit del desarrollo psicomotor Generalidades ción del ambiente está un no logra sentarse o alcanzar e forma independiente. Supino y prono e largos periodos en supino o Sedente entarse por sí mismo.	Derivación a neurólogo infantil. Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a sentarse, a cuadrúpedo y a gatear.
ción del ambiente está un no logra sentarse o alcanzar e forma independiente. Supino y prono e largos periodos en supino o Sedente entarse por sí mismo.	Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a
un no logra sentarse o alcanzar e forma independiente. Supino y prono e largos periodos en supino o Sedente entarse por sí mismo.	Estimular el giro, que pase a prono y luego vaya a posiciones como a
Sedente entarse por sí mismo.	y luego vaya a posiciones como a
Sedente entarse por sí mismo.	y luego vaya a posiciones como a
ntarse por sí mismo.	
-	
de sedente a alcanzar a los clante.	Facilitar que el niño logre sentarse por sí mismo. Dar experiencias de movilidad para alcanzar este objetivo. Dar estabilidad donde el niño lo necesita para ayudar a su enderezamiento y así alcanzar el sedente. Trabajar el control de tronco en sedente. Sentar al niño y ayudarlo en el control de tronco. Dar alineación. Facilitar la variabilidad en el sedente. Trabaje el control de tronco y uso de los planos en sedente. Incentive al niño a alcanzar objetos más lejos y más alto. Esté atento a las compensaciones del niño(a) para mantener el sedente. Evitar que el niño se fije en un sedente con patrón flexor o extensor. Facilitar la transición de sedente a cuadrúpedo. Trabajar la secuencia del movimiento.
	ve en los planos frontal ni de sedente a alcanzar a los elante. iona de sedente a cuadrúpedo.

		-	
ΛΛ 🤉	nin	כונו	CIAN
IVIA	TITLE	uıa	ción

Se interesa por objetos domésticos, como ollas y escobas, imitando actividades cotidianas.

Todavía le gusta meter y sacar objetos de un recipiente.

Las manos desarrollan actividades complementarias y asimétricas, por ejemplo con una sostiene un teléfono y con la otra marca los números.

Utiliza una pinza fina, entre la punta del dedo índice y el pulgar.

Manipula objetos con ambas manos.

Pobre alcance de objetos en sedente.

Pobre desarrollo de la manipulación.

No toma dos objetos a la vez.

No sacude dos objetos.

No manipula con ambas manos.

Estimular el control de tronco, el uso de los planos y la alineación en sedente, esto favorecerá el desarrollo de la manipulación.

Estimular los alcances laterales, anteriores y atrás. También muy alto y muy lejos.

Trabajar con distintos objetos que den distinta información sobre el color, peso, forma, textura, etc.

Gateo

El gateo todavía es la principal forma de locomoción y está comenzando a reemplazarlo por la marcha.

Pasa la mayor parte del tiempo pasando de sedente a cuatro apoyos y gateando.

Utiliza movimientos recíprocos de las extremidades.

Puede transportar objetos cuando gatea.

Gatea sin dificultad de una habitación a otra.

No adquiere el cuadrúpedo.

No gatea.

No logra gateo disociado y recíproco.

Presenta un gateo homolateral.

No pasa de una habitación a otra gateando.

Trabajar la transición de sedente a cuadrúpedo.

Trabajar la disociación coxofemoral y control de tronco.

Trabajar los planos frontal y transverso.

Trabajar la secuencia de movimiento recíproco.

De rodillas

Llega a de rodillas y se mantiene arrodillado sin apoyo de las extremidades superiores. La pelvis va a anterior.

No llega a de rodillas por sí solo.

Utiliza los miembros superiores para llegar y mantenerse arrodillado.

Trabajar el control de tronco.

Trabajar el uso de los distintos planos en diferentes posturas.

Dar alineación.

Trepar		
Trepa cualquier mueble u objeto que considere explorable, con esto aumenta su percepción. Para bajar los muebles un adulto le debe mostrar o enseñar.	No trepa los muebles. Muestra poca habilidad para solucionar problemas.	Estimular el control de tronco, uso de los planos de movimientos, alineación. Dar oportunidades para resolver problemas.
	Bípedo	
Puede ponerse de pie desde la cuadrupedia sin apoyarse en un mueble. Adelanta un pie, mantiene el peso en extremidades superiores, luego desplaza el peso a tronco inferior y adelanta la pierna de atrás, para finalmente desplazar el peso a posterior y estabilizar el centro de gravedad. De pie apoya do en un mueble manipula objetos con ambas manos. Puede mantenerse de pie sin apoyarse en un mueble y manipular un objeto, mostrando una amplia base.	No se pone de pie por sí solo. No logra mantenerse en bípedo. Lleva tiempo practicando para ir a bípedo y todavía usa extremidades inferiores simétricamente, patrón flexor con pelvis anterior. No ha adquirido asimetría con combinación de patrones. De pie presenta una base pequeña. No rotar el tronco en bípedo. No logra ir desde bípedo al suelo.	En distintas posturas y actividades trabajar el control de tronco, los usos de los distintos planos de movimiento y la alineación. Trabajar la disociación de extremidades inferiores para ir a bípedo. Trabajar la secuencia desde rodillas a bípedo. Trabajar la carga de peso en extremidades inferiores. En bípedo trabajar el control de tronco.
	Marcha	
Camina independiente, de manera rápida, con pasos cortos, cadencia alta, fase de balanceo corto y amplia base de apoyo. No está presente el balanceo recíproco de los brazos.	No llega al bípedo por sí solo. No logra mantenerse en bípedo por sí solo. No logra dar unos pocos pasos en marcha lateral. No soporta el peso ni da pasos cuando se le toma desde las manos. Utiliza una base muy pequeña por lo cual la marcha es muy dificultosa e	Trabajar el control de tronco, uso de los planos y alineación, en distintas posturas y movimientos. Trabajar la carga de peso en extremidades inferiores. Estimular el dar pasos. Traslade el centro de gravedad hacia anterior.

El periodo entre los 12 y 24 meses es de afianzamiento de las destrezas del desplazamiento, exploración del medio, interacción social y explosión del lenguaje. Desde la psicomotricidad debiéramos esperar un desarrollo armónico, en donde interactúan los factores físicos, intelectuales y anímicos, considerando inicialmente al movimiento como el que permite la mejor utilización de las capacidades psíquicas 128

En relación a la marcha es normal su aparición entre los 11 a 18 meses, con mayor frecuencia se observan los primeros pasos entre los 12 y 16 meses. Dependiendo del momento del logro de la marcha libre será la evolución de esta, en relación al control postural y sus ajustes automáticos, destrezas motrices como variaciones de la velocidad, cambios de dirección, actividades motrices sobre el desplazamiento como lanzar, empujar un balón o patearlo, traccionar un objeto, subir y bajar escaleras, etc.

El desarrollo del lenguaje va desde el uso de palabras sueltas a combinación de ellas y finalmente la realización de oraciones simples.

Socialmente el niño(a) es capaz de interactuar con el adulto, inicia las relaciones con otros menores y el juego toma un rol preponderante en el desarrollo del niño(a). Si observamos el desarrollo desde la interacción del niño(a) con el medio a través del juego, entre los 12 y 15 meses podemos encontrar que además de realizar un juego interactivo y de investigación se agrega el juego simbólico interactuando con otros, de esta manera que se estimula la imaginación y la creatividad. Al mismo tiempo que la interacción con el adulto el desarrollo del lenguaje.

Continuando con el desarrollo encontramos que desde los 15 a los 24 meses este tipo de juegos se mantiene, aumentando su complejidad debido a las mayores destrezas adquiridas en el control corporal, coordinación óculo manual, experiencias previas variadas, mayor desarrollo del lenguaje e interacción social.

Es importante señalar que la marcha del niño(a) se diferencia de la del adulto, en donde se observa:

- a) Pasos irregulares, con una pequeña longitud (un pie cae a la mitad del otro), lo que evoluciona entre el año y los 4 años.
- b) Apoyo de planta completa.
- Aumento de base de sustentación.
- d) Fase de apoyo unipodal corta.
- e) Fase oscilante con exagerada flexión de rodilla y cadera.
- f) Sin contra-rotación de tronco, se puede observar después de los 2 años y medio la liberación del tronco superior.
- g) Una marcha madura con las características del adulto a los 6 años.

¹²⁸ Basado en los conceptos de Vayer y Quiros

2) Detección temprana de alteraciones del desarrollo psicomotor y recomendaciones de estimulación según edad, desde los 15 meses hasta los 5 años.

15 meses		
Desarrollo psicomotor esperado1	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Área de Motricidad Gruesa	
Marcha libre inicial Subir escaleras gateando	El no logro de estas conductas se relaciona a la evolución del primer año. Se observa: Dificultad para ajustar postura y equilibrio en posiciones altas. Pobre variabilidad de movimientos	Dejar al niño(a) libre en el piso para experimentar con su cuerpo en desplazamientos Colocar ropa que le permita moverse libremente Brindar elementos interesantes y seguros para la exploración, que le permitan: trepar, empujar traccionar, lanzar, etc.
	Área de Motricidad Fina	
Construir una torre con 2 cubos. Llenar una taza de cubos Encajar un circulo Garabatear	Ajustes posturales pobres Cinturón escapular débil con centraje deficiente. Observar la respuesta sensorial táctil que podría ser adversa.	Experimentación con variadas materiales (texturas, formas, colores, pesos y temperaturas). Reforzar la praxis en la exploración. Experiencias en posturas iniciales
	Escasa diferenciación y variabilidad de movimientos finos de la extremidad superior	variadas.

18 meses		
Desarrollo psicomotor esperado	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
Área de Motricidad Gruesa		
Empuja la pelota con el pie	Déficit en el control postural	Trabajar destrezas sobre la marcha
Sube escaleras de pie tomado de la mano.	Pobreza variabilidad y calidad de movimientos.	Brindar elementos interesantes y seguros para la exploración, que le permitan: trepar, empujar traccionar, lanzar, etc.
Área de Motricidad Fina		

Construye torre de 3 cubos	Déficit en el control postural.	Experiencias variadas
Hojea un libro	Desarrollo óculo-manual retrasado.	oculomanuales en diferentes posiciones iniciales y materiales
Saca pastilla de un frasco		(texturas, formas, colores, pesos y temperaturas).
		Reforzar la praxis en la exploración.

21 meses		
Desarrollo psicomotor esperado	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Área de Motricidad Gruesa	
Patea una pelota	Déficit en el control postural.	Trabajar destrezas sobre la marcha.
Baja escalera de la mano	Pobreza en la variabilidad y pobre calidad de secuencias de movimiento	Variadas experiencias sensoriomotoras en diferentes posiciones iniciales variando las secuencias motoras, planos de movimiento y orientación espacial.
	Área de Motricidad Fina	
Construye torre de 5 cubos. Hace una fila de cubos (tren).	Déficit en el control postural. Desarrollo óculo manual retrasado.	Experiencias variadas óculo manuales en diferentes posiciones iníciales y materiales
Encaja el círculo y el cuadrado.		(texturas, formas, colores, pesos y temperaturas).
		Reforzar la praxis en la exploración.

24 meses		
Desarrollo psicomotor esperado	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Área de Motricidad Gruesa	
Sube y baja solo las escaleras.	Déficit en el control postural	Trabajar destrezas sobre la marcha.
	Pobreza en la variabilidad y pobre calidad de secuencias de movimiento.	Variadas experiencias sensorio motoras.
	Área de Motricidad Fina	
Construye torre de 6 o más cubos.	Déficit en el control postural Desarrollo óculo-manual retrasado.	Experiencias variadas óculo manual en diferentes posiciones iniciales y materiales (texturas, formas, colores, pesos y temperaturas).
		Reforzar la praxis en la exploración.

2 a 3 años2		
Desarrollo psicomotor esperado	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Área de Motricidad Gruesa	
Corre	Déficit en el control postural.	Trabajar destrezas sobre la marcha
Se para en un pie por un segundo Sube escaleras alternando pies y las baja sin alternar. Patea un balón No hay freno inhibitorio.	Pobreza en la variabilidad y pobre calidad de secuencias de movimiento, cambios de dirección en el desplazamiento y destrezas sobre la marcha. SIGNO DE ALARMA: Rechazo de experiencias motoras que involucran estimulo vestibular, hiperactividad e irritabilidad frente a experiencias cutáneas, búsqueda de experiencias propioceptivas intensas. Retraso en la adquisición de las destrezas sobre la marcha o torpeza motora.	Experimentar con variados estímulos sensoriales que implican esperar una respuesta adaptativa, es decir, adecuada al estimulo percibido. Derivar a evaluación neurólogo infantil
	Área de Motricidad Fina	
Construye torre de 8 cubos y un puente con 3 cubos. Encaja figuras geométricas simples (triángulo, círculo, cuadrado).	Déficit en el control postural y diferenciación de la función hombrocodo-muñeca y dedos. Desarrollo óculo-manual retrasado. Desarrollo lento o deficiente en praxias motrices finas. SIGNOS DE ALARMA: Dificultad en la manutención de periodos de atención, retraso o rechazo de conductas manipulativas.	Experiencias variadas óculomanuales en diferentes posiciones iniciales y materiales (texturas, formas, colores, pesos y temperaturas). Reforzar la praxis en la exploración. Trabajando la ideación, planificación y ejecución de la actividad planteada por el niños). Derivar a evaluación neurólogo infantil

3 a 4 años		
Desarrollo psicomotor esperado	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
	Área de Motricidad Gruesa	
Corre	Déficit en el control postural	Trabajar destrezas sobre la marcha
Se para en un pie por un segundo Sube y baja escaleras alternando pies Patea un balón Camina en punta de pies. Salta a pies juntos.	Pobreza en la variabilidad y pobre calidad de secuencias de movimiento, cambios de dirección en el desplazamiento y destrezas sobre la marcha. SIGNO DE ALARMA: Rechazo de experiencias motoras que involucran estimulo vestibular, hiperactividad e irritabilidad frente a experiencias cutáneas, búsqueda de experiencias propioceptivas intensas. Retraso en la adquisición de las destrezas sobre la marcha o torpeza motora.	Experimentar con variados estímulos sensoriales que implican esperar una respuesta adaptativa, es decir, adecuada al estimulo percibido. Derivar a evaluación neurólogo infantil
	Área de Motricidad Fina	
Construye un puente 5 cubos. Inicia el dibujo de la figura humana con un ovalo y líneas(1 a 2 que descienden como extremidades Copia un círculo.	Déficit en el control postural y diferenciación de la función hombrocodo-muñeca y dedos. Desarrollo óculo manual retrasado. Desarrollo lento o deficiente en praxias motrices finas. SIGNOS DE ALARMA: Dificultad en la manutención de periodos de atención, retraso o rechazo de conductas manipulativas.	Experiencias variadas óculo manuales en diferentes posiciones iniciales y materiales (texturas, formas, colores, pesos y temperaturas). Reforzar la praxis en la exploración. Trabajando la ideación, planificación y ejecución de la actividad planteada por el niños). Derivar a evaluación neurólogo infantil.

4 a 5 años		
Desarrollo psicomotor esperado	Alteración del desarrollo psicomotor	Estimulación y tratamiento
Área de Motricidad Gruesa		
Camina en punta de pies	Déficit en el control postural	Trabajar destrezas sobre la marcha
Salta a pies juntos sobre una cuerda Camina sobre una línea Salta sobre un pie. Carrera madura.	Pobreza en la variabilidad y pobre calidad de secuencias de movimiento. Poca exploración motora. SIGNO DE ALARMA: Rechazo de experiencias motoras que involucran	Experimentar con variados estímulos sensoriales que implican esperar una respuesta adaptativa, es decir, adecuada al estimulo percibido. Derivar a evaluación neurólogo infantil.
Trepa	estimulo vestibular, hiperactividad e irritabilidad frente a experiencias cutáneas, búsqueda de experiencias propioceptivas intensas.	
	Área de Motricidad Fina	
Construye barrera con 5 cubos a los 4 años y a los 5 hace una escalera de 10 cubos con un modelo. Copia un cuadrado (4 años) y a los 5 años un triángulo. Comienza a representar objetos en sus construcciones. Colorea Lateralidad marcada, a los 6 años debe estar definida Dibujo de figura humana ha progresado apareciendo: ojos, nariz y boca en la cara, ojos en la cabeza o bajo ella, trono como otro circulo bajo la cabeza Aun manejo torpe del lápiz pero con prensión correcta.	Déficit en el control postural. Desarrollo óculo-manual retrasado. Desarrollo lento o deficiente en praxias motrices finas. SIGNOS DE ALARMA: Dificultad en la manutención de periodos de atención, retraso o rechazo de conductas manipulativas.	Experiencias variadas oculo manuales en diferentes posiciones iniciales y materiales (texturas, formas, colores, pesos y temperaturas). Reforzar la praxis en la exploración. Trabajando la ideación, planificación y ejecución de la actividad planteada por el niños). Derivar a evaluación neurólogo infantil

Capítulo VIII:

Detección, derivación y manejo temprano de alteraciones del desarrollo del lenguaje según edad

El lenguaje es un aspecto esencial del desarrollo integral, puesto que es una función cognitiva compleja, que contribuye a la enormemente al desarrollo del pensamiento, la inteligencia y las habilidades sociales de los niños(as). El desarrollo adecuado del lenguaje, depende tanto de factores genéticos, como de factores ambientales, específicamente de la intensidad y calidad de la estimulación del entorno.

El lenguaje se desarrolla a través de las interacciones diarias y cotidianas del bebé con las personas que le cuidan y le rodean.

Los niños(as) que logran un desarrollo del lenguaje adecuado tienen efectos positivos además en:

- Un adecuado desarrollo socio emocional.
- Hacer amistades con pares.
- Desarrollar habilidades de lecto escritura, matemáticas y otras áreas del currículo que son las bases del éxito escolar inicial.
- Desarrollar en el futuro más habilidades de lenguaje.
- Resolver efectivamente sus problemas.
- Aprender conductas adecuadas.
- Acceder a juegos y oportunidad de aprendizajes.

Por el contrario, cuando el desarrollo del lenguaje presenta rezagos o déficit, se presentan una serie de dificultades que interfieren el desarrollo integral infantil, estas dificultades varían de acuerdo a la severidad y pueden afectar una o más áreas. 129

- Si el niño(a) tiene dificultades para entender instrucciones dadas por adultos, puede ser mal entendido como un niño(a) con problemas de conducta. Por ejemplo, un niño(a) que falla en entender las ordenes de `ponte la chaqueta porque vamos a salir afuera` y sólo entiende la segunda orden, puede aparecer como un niño(a) poco cooperador o resistente.
- La mayoría de las enseñanzas en sala cuna, jardín o colegio son a través de instrucciones verbales, si un niño(a) falla en entenderlas no será capaz de almacenar y usar la información entregada.
- Niños(as) con retraso o dificultades en el lenguaje tienen recursos limitados para demostrar su conocimiento y explicar sus propios razonamientos. Por ejemplo, niños(as) con un vocabulario limitado son menos hábiles para describir actividades en las que ellos(as) han participado.
- Las habilidades de lenguaje son precursores de las habilidades de lecto-escritura, por lo tanto si un niño(a) tiene un rezago temprano en el lenguaje, es muy probable que tenga dificultades en su inicio escolar.
- La habilidad de lenguaje es central para la capacidad de establecer amistades con otros niños(as), por lo tanto un rezago en el lenguaje, puede afectar las relaciones sociales con pares.

Por lo tanto, ¡mientras más temprano se promueva lenguaje, mejor!

¡Mientras más temprano se detecten dificultades y se intervenga, mejor!

Y la responsabilidad de que esto suceda es compartida entre padres, madres, cuidadores y profesionales de la salud y educación.

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

I. Las distinciones entre habla, lenguaje y comunicación

Es importante reconocer y entender los diferentes aspectos del desarrollo del lenguaje. Para esto, la distinción entre el habla, el lenguaje y la comunicación, sirve para identificar y evaluar el progreso de los niños(as) y gatillar alertas precisas cuando se presenta alguna dificultad.

- 1. El habla se refiere al sistema de sonidos de un lenguaje, así como también al modo en que se emiten los sonidos en la boca para formar las palabras habladas. Todos los lenguajes poseen diferentes sistemas de sonidos y los bebes necesitan aprender a sintonizarse en los sonidos del lenguaje que escuchan a su alrededor. Algunos niños(as) pueden llegar a desarrollar una buena comunicación y habilidades de lenguaje pero presentan dificultades para usar los sonidos correctos del habla.
- **2.** El **lenguaje** es la estructura en la cual las palabras se usan. El sistema del lenguaje está compuesto por diferentes componentes:

Gramática: consiste en el modo en que las palabras pueden ser combinadas para formar oraciones y cómo cambian las palabras para indicar cosas, por ejemplo; el pasado puede expresarse en `yo estuve jugando` o `yo jugué` de acuerdo al tiempo respectivo.

Vocabulario y semántica: vocabulario es el set de palabras que se usan, en cambio la semántica se refiere a los diferentes significados que las palabras pueden tener y que pueden ser usadas en muchas formas diferentes.

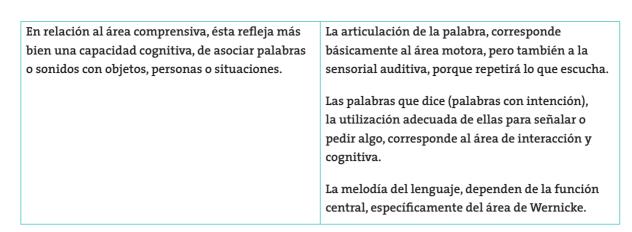
Pragmática: es el uso apropiado del lenguaje en diferentes situaciones, por ejemplo, entender qué es una pregunta y qué se requiere para responderla.

Todas estas habilidades se usan para entender, producir palabras y oraciones; y los niños(as) pueden llegar a tener dificultades en alguna de estas áreas.

3. La **comunicación**: describe los diferentes sistemas que se pueden usar para enviar mensajes a otras personas. La información puede ser enviada en palabras (escritas o habladas) o sonidos. También se puede comunicar usando imágenes o símbolos, usando comunicación no verbal como gestos (como hacer chao moviendo la mano o expresar desacuerdo moviendo la cabeza hacia los lados) o utilizando un sistema de signos.

II. La distinción entre el lenguaje receptivo y expresivo

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
Se refiere a entender las palabras, frases u oraciones que se usan.	Se refiere al uso de las palabras en frases u oraciones en estructuras y formas acordadas.
Durante el crecimiento del bebé se desarrolla su habilidad para entender el lenguaje que le rodea. Por ejemplo, los bebés entienden palabras frecuentes y familiares, y además comprenden los gestos que acompañan estas palabras, por ejemplo "se acabó" acompañado de levantar la palma de ambas manos.	Esto también se desarrolla en etapas, los bebés van progresando en su habilidad de usar lenguaje y comunicación para representar sus propios pensamientos, sentimientos y necesidades. Desde llanto, sonrisa, balbuceos, gorjeo, hasta el uso de silabas, disilabos, palabras, frases y oraciones.
Con el tiempo, los bebés van comprendiendo palabras de significados más complejos, como las palabras "ayer" o "se echó a perder". Este proceso continúa a través de la experiencia y progresa cada vez hacia una mayor complejidad.	
El lenguaje receptivo es el fundamento para todas las habilidades de lenguaje y comunicación.	Con el tiempo, la mayoría de los niños(as) son capaces de expresarse por sí mismos y dar a entender sus necesidades y emociones.



Entender las distinciones entre estos términos, contribuye a describir el desarrollo infantil del lenguaje de una manera más segura y pertinente cuando se comunica a los padres u otros profesionales. Describir la dificultad de un niño(a) de pronunciar un determinado sonido de una letra es más efectivo que decir que no se le entiende lo que dice.

En general se observa que las primeras palabras con intención surgen cundo el niño(a) empieza a bipedestar, principalmente cuando empieza a caminar, esto es en promedio alrededor de los 12 – 14 meses.

De ahí que en los niños que caminan más tarde es esperable también que hablen más tarde.

Esquema resumen de desarrollo del lenguaje expresivo:

Edad	Lenguaje expresivo
	Sonrisa social
	Gorjeo
o a 11 meses	Balbuceo
	Repeticiones de silabas
	Protoconversaciones
	Palabras aisladas, primero de sílabas iguales, luego combinadas:
1 año	Duplicaciones de sílabas tata – papá – mamá (generalmente en ese orden, porque los
	sonidos labiales son algo más difíciles que los bucales)
2 años	Frases de 2 palabras, de sílabas iguales o diferentes, mezclando sustantivos con verbos
2 41105	Ej: mamá, dame; papá, upa;
	Frases de 3 palabras, intercalando sustantivos, verbos, agregando adjetivos. Inician
3 años	también palabras de 3 sílabas:
	Ej: mamá, lindo payaso; auto lindo rojo;
4 años	Frases de 4 palabras, agregando artículos, palabras de 4 sílabas. Persistencia de
	dislalias. Mejora conjugación verbal y tiempos.
5 años	Lenguaje completo, similar al adulto en cuanto a estructura. Luego irá aumentando número de palabras.
	numero de parabras.

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

¿Por qué algunos niños(as) presentan dificultades de lenguaje, habla o comunicación?

Hay varias razones por las que un niño(a) podría presentar dificultades en el habla, lenguaje o comunicación, pero para la mayoría de los niños(as) estas causas no son claras:

- Reiteradas otitis que le imposibilitan escuchar palabras o se escuchan sonidos distorsionados de las palabras.
- Dificultades específicas al usar musculatura oral en forma efectiva, lo que puede afectar el habla, por ej. si el niño(a) tiene una parálisis cerebral.
- Dificultades que se han traspasado a través de las familias.
- Problemas durante el embarazo o nacimiento que afecten el desarrollo cerebral infantil y que contribuyen a desarrollar dificultades de lenguaje como parte de un retraso del desarrollo.
- Presencia de un síndrome reconocido que causa dificultades de comunicación.
- Falta de estimulación y apoyo que provea experiencias ricas en lenguaje necesarias para desarrollar habilidades de habla, lenguaje y comunicación. Frecuente en casos de depresión materna, padre o madre con algún trastorno de salud mental, negligencia o déficit de interacciones en niños(as) institucionalizados.
- Factores socioeconómicos: El bajo nivel de ingresos frecuentemente sobrecarga a los padres, quienes cuentan con menos tiempo y menos oportunidades (libros infantiles, cuentos, revistas) de estimular efectivamente a sus hijos(as) en lenguaje. Así mismo la alimentación pobre en nutrientes esenciales puede ser un factor de riesgo.
- Nivel educacional de los padres: el nivel educacional de los padres se asocia fuertemente con el desarrollo de lenguaje, sobretodo en mediciones de vocabulario.
- Estrés tóxico: falta de cuidados sensibles, estables y constantes, abandono, malos tratos, niños(as) testigos de violencia, abuso sexual, fallas en la seguridad del hogar; son eventos que gatillan el sistema fisiológico de estrés. Cuando falla la función de consuelo o el evento estresante se prolonga, la respuesta de estrés se mantiene sin poder volver a los niveles de cortisol basal, lo que se asocia a alteraciones graves del desarrollo integral.
- Factores de la comunidad y entorno local: baja calidad de vida, ausencia de juegos y recreación infantil, inseguridad social y física, malas condiciones sanitarias.
- Factores de crianza: un niño(a) que no escucha hablar o al que no le hablan, tampoco verá la necesidad o utilidad del lenguaje para relacionarse con los demás.

El involucramiento de madres, padres y cuidadores en leerles a sus hijos(as) diariamente es el determinante más importante de sus hijos(as) en lenguaje temprano y habilidades de lectoescritura. (National Literacy Trust)

Pronóstico de las dificultades en el lenguaje

La evolución de las dificultades en el lenguaje es variable, puede presentarse un niño(a) pesquisado como hablante tardío tempranamente y tratarse llegando a la etapa escolar sin deficiencias lingüísticas, cognitivas o académicas.

Las cifras de estudios internacionales reflejan que de los niños(as) pesquisados como hablantes tardíos a los 2 años, el 50% logró un desarrollo acorde a los 3 años ¹³¹, mientras que otro estudio mostro que el 44% de los niños(as) identificados en su estudio como hablantes tardíos a los 2 años, persistió con un retraso a los 3 años ¹³². A su vez, Rescorla, Dahlsgaard, y Roberts (2000) ¹³³ estiman que los niños(as) hablantes tardíos pueden llegar a compensar su vocabulario y lograr un vocabulario adecuado a su edad entre los 3 y 4 años, pero que las dificultades gramaticales pueden persistir incluso después de los 4 años.

Otros niños(as) que no se detectan tempranamente y continúan con un retraso del lenguaje, siendo identificados como "niños(as) con un retraso persistente del lenguaje", pueden evolucionar mal y llegar a un trastorno específico del lenguaje.

La recuperación se relaciona también con la presencia de factores de riesgo asociados, como la severidad del retraso, presencia de alteraciones en la comunicación gestual, factores de la historia familiar, factores pre-peri y post-natales, además de la historia de patologías tales como otitis media efusiva a repetición, entre otras.

¹³⁰ Tsybina, I., Eriks-Brohpy, A. (2007). Issues in Research on Children with Early Language Delay. Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 24: 118–122

 $^{131\,}Rescorla, L., \& Schwartz, E. (1990). Outcome of toddlers with specific expressive language delay. Applied Psycholinguistics, 11; 393-407.$

¹³² Dale, P. S., Price, T. S, Bishop, D. V., & Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. Journ

al of Speech and Hearing Research, 46, 544-560.

Es importante la identificación temprana y el seguimiento de estos niños(as), debido a los factores de riesgo que presentan de forma primaria y que pueden gatillar a futuro dificultades del lenguaje. Además pueden presentar problemas en la adaptación académica y social en edades posteriores, en donde las exigencias en el lenguaje, cognición y habla se vuelven mayores.

III. Características de los niños(as) hablantes tardíos

En la literatura internacional se usa frecuentemente el término "niños(as) hablantes tardíos", que corresponde a un vocablo muy general, que puede abarcar niños(as) desde una línea evolutiva variada hasta alteraciones del desarrollo lingüístico. En comparación a los términos usados en Chile, podemos homologar este término a los niños(as) normales con rezago en el área de lenguaje, o quienes tengan un resultado de riesgo y retraso en un test. No se consideran "niños(as) hablantes tardíos", quienes tengan resultados de test normales, pero presenten un riesgo biopsicosocial que pudiera alterar su desarrollo futuro del lenguaje, aunque son un grupo importante para la prevención.

Los "niños(as) hablantes tardíos", presentan un retardo cronológico en la emergencia de los hitos del lenguaje, principalmente durante los primeros años de vida, en ausencia de deficiencias sensoriales, como la auditiva y otros retrasos o alteraciones del desarrollo ¹³⁴. Estudios internacionales estiman una prevalencia de 13,4% entre los 20 y 27 meses ¹³⁵, con una proporción por género entre niños(as) y niñas de 3:1.

El NYS Speech-Language-Hearing Association ¹³⁶ plantea características que describen con más detalle a los "a estos niños(as)", y hacen una distinción que va mas allá de una simple desviación de tipo cronológico en su desarrollo, la que abarca más que el lenguaje verbal, ver Tabla 1.

Tabla 1. Características de los "niños(as) hablantes tardíos"	
1. Semántica y capacidad de aprendizaje de palabras:	Lenguaje Receptivo: no aprenden nuevas palabras de forma tan precisa como sus pares. Lenguaje Expresivo (vocabulario expresivo): una vez que comienzan a hablar son más lentos en añadir nuevas palabras a su vocabulario y no lo hacen de la forma sistemática observada en niños(as) con desarrollo típico.
2. Fonología:	Hay un retraso en la adquisición y utilización de los fonemas adecuados para las palabras y patrones alterados en su utilización (muestran ciertos procesos de simplificación fonológica a edades posteriores que los s(as) con desarrollo típico del lenguaje).
3. Morfosintaxis:	Una vez que empiezan a combinar palabras, muestran un retraso en las formas de combinación en comparación a los niños(as) con desarrollo típico. Producen más errores básicos que sus congéneres (al igualar género, número, etc.).
4. Pragmática y habilidades Sociales:	Estos niños(as) se encuentran en riesgo de posteriores trastornos de tipo social. Son menos sociables que sus pares, la calidad de las interacciones padre, madre –hijo(a) se observa como más estresante que en el caso de otros niños(as).

¹³⁴ Wolfe, D., Heilmann, J. (2010). Simplified and expanded input in a focused stimulation program for a child with expressive language delay (ELD). Child Language Teaching and Therapy, 26(3); 335–346.

¹³⁵ Rice, M., Taylor, C., Zubrick, S. (2008). Language Outcomes of 7-Year-OldChildren With or Without a History of Late Language Emergence at 24 Months.

Journal of Speech, Language, and Hearing Research.Vol. 51; 394–407.

136 NYS Speech-Language-Hearing Association (2011).Late Talkers: A Variation of Normal Development? En Línea: http://www.nysslha.org/files/public/Late_Talkers.pdf Consulta el 20 de Octubre de 2011.

Prevalencia en Chile

Las cifras en Chile respecto a esta condición son discretas y limitadas a la última década. Estas cifras se desprenden en primera instancia de las Pautas de desarrollo Psicomotor utilizadas en la Atención Primaria: TEPSI 137; EEDP 138 y Pauta Breve. Aunque que se ha evidenciado que su detección es limitada para la real prevalencia que estimarían los profesionales en base a su juicio clínico. En un estudio publicado por Schonhaut et al 139,140, se realizo una evaluación del desarrollo del lenguaje en niños(as) de entre 3 y 5 años utilizando el TEPSI, y otra batería de evaluación de lenguaje estandarizadas para la realidad nacional. Mientras que el TEPSI detecto un 13,9% de déficit de lenguaje, la evaluación realizada por un fonoaudiólogo detectó una cifra mucho mayor alcanzando un 48,8% de los casos con déficit. A su vez, el TEPSI detecta en mayor medida las alteraciones de lenguaje de mayor gravedad. Estas cifras, que parecen ser incluso mayores a las cifras de la realidad internacional, parecen dar cuenta de una asociación a condiciones socioeconómicas, puesto que entre el 40 y 60% de estas familias pertenecían a los quintiles de ingresos más bajos.

IV. Detección de alteraciones del desarrollo del Lenguaje

Actualmente los niños(as) son continuamente vigilados en el control de salud del niño(a) en su desarrollo integral, específicamente el área de lenguaje. Los test de uso actual son EEDP, TEPSI y Pauta Breve.

Frente a cualquier alteración en la pauta breve, se debe aplicar el test de desarrollo antes de los 15 días.

Cualquier alteración de los test debe ceñirse a los aspectos administrativos de ingresos a las MADI`s mencionados en el capítulo II, los cuales se aplican igualmente para el área de lenguaje.

Las formas de pesquisar dificultades de lenguaje a niños(as) se complejiza cuando estos son menores de dos años. Sin embargo, la evidencia nos muestra la importancia de la detección en los primeros años de vida. Por lo tanto nos encontramos ante un desafío importante, el de detectar a una edad en la que el lenguaje aun no emerge en su cabalidad.

Es por esto que la utilización de herramientas observacionales, pautas de desarrollo con escala de habilidades relacionadas con la comunicación, lenguaje y habilidades sociales, o cuestionarios dirigidos a los padres o cuidadores son muy útiles. En este último tipo, la literatura internacional da cuenta del gran valor predictivo de los informes de los adultos para ayudar a la identificación y seguimiento futuro de los niños(as) con dificultades en el lenguaje y el habla $^{141\,142}$.

Las dificultades en el área de lenguaje en el desarrollo infantil por las que los niños(as) puedan ingresar a alguna modalidad de estimulación, podrán ser clasificadas en:

Rezago del lenguaje: aquí hay dos posibilidades:

- Niños(as) que en los test psicométricos del control de salud, presentan un puntaje total normal, pero en el área de lenguaje sus puntajes se encuentran con déficit (ya sea riesgo o retraso).
- Niños(as) que presenten factores de riesgo para el desarrollo del lenguaje, ya sea los anteriormente descritos, o bien otros riesgos reconocidos para el desarrollo infantil, a pesar de que en los test psicométricos del control de salud ellos presentan un puntaje total normal.

Déficit del lenguaje

- a) Riesgo del lenguaje: niños(as) que en los test psicométricos del control de salud, presentan un puntaje en el área de lenguaje que se encuentra de una a dos desviaciones estándar bajo el promedio.
- b) Retraso del lenguaje: niños(as) que en los test psicométricos del control de salud, presentan un puntaje en el área de lenguaje que se encuentra de dos a tres desviaciones estándar bajo el promedio.

¹³⁷ Heussler, I.M., Marchant, T. (2003). TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años. Décima edición. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
138 Rodríguez, S., Arancibia, V., Undurraga, C. (1976). Escala de evaluación de desarrollo psicomotor para niños(as) entre o y 2 años. Santiago: Editorial Galdoc.
139 Schonhaut L., Maggiolo, M., De Barbieri, Z., Rojas, P., Salgado, A.M. (2007). Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la
evaluación fonoaudiológica. Rev. Chilena de Pediatría 2007; 78 (4): 369-375

¹⁴⁰ Schonhaut, L., Maggiolo, M. (2010). Alta frecuencia de dificultades de lenguaje en la población preescolar. Salud (i) Ciencia 17(8):808-811.
141 Tsybina, I., Eriks-Brohpy, A. (2007). Issues in Research on Children with Early Language Delay. Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 34: 118–133.

¹⁴² Feldman, H., Campbell, T., Kurs-Lasky, M., Rockette, H., Dale, P., Colborn, D., Paradise J., (2005). Concurrent and Predictive Validity of Parent Reports of Child Language at Ages 2 and 3 Years. Child Development; 76(4): 856–868.

t

u

1

o

VIII

La identificación de dificultades del lenguaje por medio de criterios lingüísticos, parece ser más eficiente desde los 2 años, ya que es m**ás fácil** estimar las diferencias de adquisición de elementos críticos como por ejemplo el vocabulario, y además, a esa edad pueden verse de forma más explícita las diferencias entre el lenguaje expresivo y receptivo. Además, desde esa edad os padres, madres o cuidadores comparan el rendimiento y aprecian más las dificultades de sus hijos.

La observación clínica en una modalidad de estimulación es otro elemento crucial a la hora de la detección y evaluación. Este proceso es responsabilidad de un profesional con capacitación en desarrollo infantil, por lo que éste debe contar con herramientas y conocimientos para dicho proceso, y ser capaz de adaptarse a diversas instancias para observar las conductas de un niño(a); en el juego, una conversación, en la interacción mediada por los padres y/o otros niños(as), etc.

Detección temprana de déficit de lenguaje

Las conductas que pueden manifestarse durante la observación clínica de un niño(a) son resumidas por estos rasgos clínicos reconocidos por el DSM- 5^{143} (en revisión), entre los 18 y 36 meses de edad:

- Menos de 50 palabras a los 24 meses.
- 2. Dificultades para seguir instrucciones verbales.
- 3. Uso limitado de gestos y sonidos para comunicarse.
- Uso limitado del juego simbólico.
- Pocas combinaciones verbales de 2 palabras.

Indicadores tempranos de tipo comunicativo asociados al retraso del lenguaje.

Otros indicadores tempranos entre los 9 y 13 meses, tanto de alteraciones del lenguaje como de otros dominios importantes para la habilidad comunicativa se pueden observar en forma de señales tempranas:

Emoción y Uso del Contacto Ocular:

- Capacidad limitada para demostrar atención y emoción utilizando el contacto ocular y la expresión facial.
- Lentitud en seguir a otra persona con la mirada atención conjunta.

Uso de la Comunicación:

- Baja frecuencia de gestos o vocalizaciones.
- Limitación en el rango de formas para comunicarse, así como limitación de la atención conjunta por periodos prolongados (por ej. al ver un libro con un adulto).

Uso de Gestos:

- Un limitado del repertorio de gestos convencionales.
- Uso limitado de gestos simbólicos, como el sacudir la mano al despedirse.
- Dependencia en el uso de gestos por sobre las vocalizaciones para comunicarse.

Uso de Sonidos del habla:

- Número limitado de sonidos de tipo consonántico.
- Estructura silábica inmadura, sin reduplicación ("ba" en lugar de "baba").

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

V. Evaluación del desarrollo del lenguaje en la modalidad de estimulación

Una vez que un niño(a) ingrese a alguna modalidad de estimulación por un rezago o déficit (riesgo o retraso) en el área de lenguaje, se sugiere realizar al inicio del proceso una evaluación más fina con la aplicación de la Pauta de Cotejo de Lenguaje, ver Anexos 5, 6 y 7, con el objeto de detectar:

- El estado del desarrollo del lenguaje de acuerdo a su edad, puesto que en estas pautas se describen los hitos normativos más importantes del desarrollo del lenguaje.
- El área específica de la alteración de lenguaje:

Para la pauta de 0 – 12 meses, Anexo 5, las áreas del lenguaje son

- U= Hitos precursores del USO del lenguaje.
- F= Hitos precursores de la FORMA del lenguaje.
- C= Hitos precursores del CONTENIDO del lenguaje.

Para la pauta de 12 – 24 (Anexo 6) y la pauta de 24 – 59 meses (Anexo 7) las áreas del lenguaje son:

- F= Fonología
- M= Morfosintaxis
- S= Semántica
- P= Pragmática
- Detectar signos de alarma en cada rango etáreo.
- Diseñar plan de intervención en base a actividades que fortalezcan dirigidamente las áreas más débiles del desarrollo del lenguaje.
- Acciones a seguir
 - a) Si el cotejo da **color verde:** Significa que el niño(a) presenta un curso normal del desarrollo del lenguaje y sólo requiere de los controles habituales en APS. Puede acceder también, según las disposiciones administrativas descritas en el capítulo II a acciones de promoción del lenguaje.
 - b) Si el cotejo da **color amarillo:** Implica una cierta desviación de la norma. Va a requerir estimulación y seguimiento del área del desarrollo que está debilitada.
 - c) Si el cotejo da **color rojo:** Implica un retraso del lenguaje y va a requerir estimulación urgente, seguimiento y derivación a equipo médico / fonoaudiólogo.
 - d) Para los niños(as) mayores de 3 años con sospecha de déficit de lenguaje en el TEPSI, se recomienda derivar a un especialista fonoaudiólogo capacitado para la evaluación de la necesidad de ingreso a escuela de lenguaje.
- 6. Reaplicación de la pauta al final del proceso de intervención para evaluar el progreso del niño(a) durante la intervención.

Estas pautas de cotejo de lenguaje entregan los hitos del desarrollo y señales de alerta del desarrollo comunicativolingüístico (extraídas de Guía de Práctica Clínica del Estado de Nueva York para Los Trastornos de la Comunicación en niños(as) de o a 3 años ¹⁴⁴.)Además contiene hitos descritos en otros instrumentos de evaluación del lenguaje ¹⁴⁵ y en el Instrumento utilizado en la II Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud. Estas pautas, además, contienen señales de alerta ¹⁴⁶, ¹⁴⁷, ¹⁴⁸ que indican un claro retraso en el desarrollo del lenguaje. No tienen normas nacionales ni puntajes de corte. Pretenden ser un apoyo a las evaluaciones más especificas en cada modalidad de estimulación del desarrollo infantil, así como servir de apoyo a los profesionales encargados de la intervención.

Las tres pautas, que abarcan los hitos del desarrollo lingüístico desde los o a 59 meses se ofrecen en el **ANEXO 5, 6 y 7,** cuyas instrucciones de utilización se encuentran al final de cada anexo.

VI. Intervenciones para la estimulación de alteraciones en el desarrollo del lenguaje.

La intervención fonoaudiológica abarca la evaluación, diagnóstico y tratamiento de diversas patologías que afectan la comunicación, lenguaje y habla, entre otras áreas. La evidencia científica sobre el abordaje de alteraciones del lenguaje, es limitada. En una revisión sistemática publicada por Law y Nye en Cochrane ¹⁴⁹, se analizan un total de 25 estudios de tratamiento de lenguaje y habla con diseños de calidad suficiente para ser incluidos. De éstos, se concluyó que la intervención fonoaudiológica tiene sustento, sobre todo en cuadros de tipo expresivo (fonología y morfosintaxis), en los cuales la capacidad comprensiva está menos comprometida. En los niños(as) con alteraciones de la comprensión del lenguaje, o bien cuadros mixtos (con la expresión y comprensión alterada), la efectividad de la terapia es menor. En cuanto a la duración de la intervención, se registraron efectos estadísticamente significativos con intervenciones sobre las 8 sesiones.

Chile Crece Contigo, a través de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, plantea el abordaje integral de estos niños(as), combinando intervenciones de estimulación y trabajo en red intra e intersectorial. La intervención para la estimulación del área de lenguaje se basa principalmente en la evaluación detallada de las áreas débiles del lenguaje, y el subsiguiente plan de intervención.

Para cada intervención en lenguaje, se deben tener en cuenta los aspectos mencionados en el capítulo IV "Aspectos administrativos". Sin embargo, es importante reforzar que nunca se debe atender a un niño(a) solo en una modalidad de estimulación. El adulto responsable de su cuidado es el principal agente de cambio, por lo que se le incluye en todas las atenciones, para que pueda comprender la importancia de replicar la estimulación del lenguaje en casa e internalizarla como un estilo de interacción sensible con el niño(a).

Una vez que el niño(a) y su adulto acompañante ingresan a la modalidad se debe destinar gran parte de la primera sesión a crear en el adulto la **conciencia** de que existe preocupación en el equipo de salud/educación para poder recuperar el nivel de desarrollo del lenguaje del niño(a), dado que el lenguaje es una función esencial para todo el desarrollo integral.

Para esto, se sugiere utilizar la "Tarjeta de Asistencia a Modalidad de Apoyo", ver Anexo 4.

1. Revise y mejore su interacción terapéutica con cada niño(a) 150

Dada la gran relevancia que tiene la forma de interactuar con un niño(a) para la estimulación del lenguaje, se recomienda revisar las características de su relación terapéutica con niños(as) para aumentar la efectividad de su intervención.

- Ud. se baja a la altura del niño(a) para saludarle y hablarle.
- Ud. saluda al niño(a) por su nombre.
- Ud. le habla directo mirándole a la cara.

¹⁴⁴ New York State Department of Health (1999). Clinical Practice Guideline: Quick Reference Guide. Communication Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age o-3 Years). Publication No. 4219.

¹⁴⁵ Sax, N., Weston, E. (editores) (2007).Language Development Milestones.En Línea: http://www.rehabmed.ualberta.ca/spa/phonology/milestones.pdf> Consulta el día 20 de Octubre de 2011.

¹⁴⁶ Iceta, A., Yoldi, M.E. (2002). Desarrollo psicomotor del niño(a) y su valoración en atención primaria. ANALES Sis San Navarra 25 (Supl. 2): 35-43.

¹⁴⁷ Pérez-Olarte, P. (2003). Evaluación y manejo del niño(a) con retraso psicomotor. Pediatría Integral; VII (8):557-566.

¹⁴⁸ Póo Argüelles, P. (Año No Especificado). Desarrollo psicomotor. La normalidad y los signos de alerta. En Línea: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/lmage/_USER_/MR_Psicomotor_normalidad_signos_alerta.pdf. Consulta el 20 de Octubre de 2011.

¹⁴⁹ Law J, Garrett Z, Nye C (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD004110. DOI: 10.1002/14651858.CD004110.

- Ud. atrae su atención mencionando su nombre primero (no al final) o tocándole un hombro.
- Ud. no corrige directamente al niño(a), sino que Ud. modela su lenguaje. Si el niño(a) dice `zapato dojo`, Ud. debe decir, `Ah ya veo, tienes tus zapatos rojos`. Nunca le haga repetir la palabra mal pronunciada fuera de contexto, daña su sensación de seguridad y auto eficacia.
- Ud. repite extendidamente lo que dice el niño(a) con el objeto de ampliar el significado añadiendo una o dos palabras más, por ej. Si el niño(a) dice `ando bicicleta`, Ud. puede decir `oh, sí, andas en bicicleta en el patio`
- Ud. adapta su lenguaje a las necesidades del niño(a).
- Ud. usa además comunicación gestual.
- Ud. nunca ejerce presión para que el niño(a) hable.
- Ud. responde siempre positivamente ante cualquier comunicación que el niño(a) ofrezca.
- Ud. solicita a los padres o cuidadores, traer una foto u objeto de casa para que el niño(a) tenga algo familiar sobre que hablar.
- Ud. no ayuda al niño(a) anticipadamente, sino que espera a que él/ella tenga la oportunidad de dar una respuesta por sí solo.
- Ud. escucha activamente al niño(a).
- Ud. usa efectivamente el lenguaje con un bebé, sabe iniciar y seguir protoconversaciones.
- Ud. usa efectivamente el lenguaje con un niño(a) pre-escolar, sabe usar técnicas como el desafío o el reflejo.
- Ud. usa preguntas en forma adecuada:
 - Usa preguntas que se respondan con un sí o no, o elección de alternativas solo para promover contacto inicial o para motivar su participación en una conversación.
 - 2. Usa preguntas abiertas que deben contestarse con contenidos del niño(a), por ejemplo, `qué piensas de que pasaría si...`, `dime como crees que...`
 - Ud. evita preguntas que transmiten critica, como las `por qué...no te comiste la comida`
 - Ud. evita preguntas de sentido común que los niños(as) nunca responden, `cómo te fue en...`, `cómo te portaste...`
- Si Ud. decide conversar con el adulto, le da una actividad primero al niño(a) para realizar mientras tanto.
- Ud. le pide a un colega que observe sus prácticas de comunicación con niños(as) para recibir feedback y mejorar sus habilidades.

2. Intervención individual en la modalidad de estimulación según edad.

El entrenamiento a los adultos responsables del cuidado infantil es fundamental para estimular y seguir el desarrollo de niños(as) con alteraciones del lenguaje. Tal como sugiere la revisión publicada por Cochrane Review (2003), la intervención de los padres y madres en casos de retraso primario de lenguaje no difiere significativamente de la realizada por los especialistas.

Además, estos son los actores que están más tiempo con los niños(as), y son los que inciden de manera más significativa, de manera positiva o negativa en su futuro desarrollo. Es por esto que los hitos presentados a continuación, pueden ser trabajados con los padres, madres o cuidadores durante las sesiones individuales, familiares o grupales, visitas domiciliarias, de forma de incentivar a los padres a participar y a promover el desarrollo comunicativo-lingüístico de sus hijos(as).

Lo primero que se debe realizar es:

- a) Evaluación específica del lenguaje a través de la pauta de cotejo correspondiente a la edad. Ver Anexos 5, 6 y 7.
- b) Elaboración de un plan de intervención específico para el niño(a), fortaleciendo las áreas débiles del lenguaje.
- c) Integre los aspectos administrativos en su plan, descritos en el capítulo IV; número de sesiones, frecuencia, duración, tipo de sesión, visita domiciliaria, etc.
- d) Ejecución de lo planificado.

C

Estos elementos que tridimensionalmente sientan las bases del lenguaje, dan cuenta de un conjunto de habilidades a modo de precursores de cada dimensión del lenguaje.

Modelo de es	timulación basado en los precursores del lenguaje, según la teoría del desarrollo de Bloom y Lahey
Dimensión Contenido	Sustenta en gran parte el nivel semántico, se basa en las capacidades de atención, almacenamiento, procesamiento de la información y la permanencia de objeto, entre otros elementos que ayudarán a la simbolización, al aprendizaje de los contenidos y significados de los elementos del entorno y sus relaciones.
Dimensión Forma	Sustenta los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico, se basa en diversos elementos que van desde la propioceptividad o las capacidades de sensibilidad básica oral, hasta el procesamiento oral y auditivo para los sonidos previos a un habla con significado. Por ejemplo; vocalizaciones, balbuceo entre ellos el reduplicado que se acerca a las primeras palabras con significado.
Dimensión Uso	Sustenta principalmente el nivel pragmático, es estimulada por medio del desarrollo de habilidades de tipo socio-comunicativo como el contacto ocular recíproco, el desarrollo de la intención comunicativa con el otro, el desarrollo de interacciones que comienzan con las protoconversaciones (intercambios de turnos entre el niño(a) y un adulto, sin utilizar lenguaje formal) y de manera muy importante; la atención conjunta, tanto el seguimiento de la mirada de otra persona, como la capacidad de llamar la atención del otro hacia el foco de la mirada. Incluye además los gestos de señalamiento protoimperativos (con una función de petición) y los protodeclarativos (con una función de demostración).

En etapas posteriores, luego de los 18 meses y hasta los 4 años 11 meses, las actividades descritas van orientadas a desarrollar de forma selectiva el lenguaje, primero en cuanto a los hitos adscritos, y también a estimular de forma incidental los niveles del lenguaje: Fonología, Morfosintaxis, Semántica y Pragmática.

Para una ejecución más efectiva de las sesiones, se sugieren acciones para la estimulación del lenguaje según edad del niño en cuestión. Estas son orientaciones, que pueden ser adaptadas a la realidad local, tomando en cuenta los factores culturales de la familia que atiende.

Actividades para la estimulación del desarrollo del lenguaje según edad del niño(a).

Estas actividades han sido redactadas por Prieto H., Araya E. y Fernández R. y están basadas en intervenciones revisadas a nivel nacional ¹⁵¹, e internacional ¹⁵².

¹⁵¹ Maggiolo, M., Varela, V. (Año no Especificado). Programa de estimulación temprana. Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.
152 Maggiolo, M., De Barbieri, Z., Zapata, O. (1999). "Presentación de un programa de estimulación temprana para el desarrollo de la comunicación" Rev. Fonoaudiológica, Buenos Aires, Tomo 45, N° 2, pp. 25-39.

Intervención estimulación	Intervención estimulación área lenguaje entre los o - 3 meses								
Logros Esperados	Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/profesional								
 Mira a sus cuidadores o a otros. Se tranquiliza en respuesta al sonido. Llora de forma distinta cuando tiene hambre, está cansado o siente dolor. Sonríe o arrulla en respuesta a la voz o la sonrisa de otra persona. Primeras vocalizaciones en forma gutural y luego vocales (a-e-u) 	 Desarrollar el contacto visual básico entre el niño(a) y su madre, padre, cuidador. Trabajar la estimulación de la sonrisa social. Fomentar la formación de un vínculo de apego seguro con la figura primaria. Atención y respuesta contingente ante el sonido y la voz humana. Estimulación de las primeras vocalizaciones. 								

Actividades de Estimulación

Precursores del Uso:

- a. Mira a tu hijo o hija a los ojos; si no logra dirigir su mirada hacia tí espontáneamente, busca su mirada de frente modificando su posición; aumenta los períodos de tiempo según la tolerancia del bebé. No olvides hablarle frecuentemente, sonreírle y acariciarlo, para darle el significado social y afectivo de la mirada. Recuerde que su rostro es el mejor juguete para su bebé en los tres primeros meses.
- **b.** Pon distintos objetos de colores vivos frente a tu hijo o hija para que los pueda ver, luego muévelos lentamente hacia su derecha e izquierda, intentando que los vaya siguiendo con sus ojos.
- c. Pon a tu hijo o hija recostado(a) de espaldas; luego acerca sus brazos y pies lo más posible para que los vea y siga sus movimientos.
- d. Abraza y mece a tu hijo o hija, recordando captar su atención hacia ti, de esa manera relacionará el contacto ocular con la proximidad física.

- a. Copiar y exagerar los sonidos y vocalizaciones que tu hijo(a) realice, copiarlos y exagerarlos, primero con un tono de interrogación y luego afirmando ("¿ah?"... "¡ah!", por ejemplo).
- **b.** Poner música en la pieza del niño(a), cantarle canciones con movimientos corporales y frente a él. Usa el material musical de Chile Crece Contigo.
- c. Toma mucho en brazos a tu hijo(a), produce sonidos con distintos elementos, como cascabeles, sonajeros, juguetes, etc.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 3 - 6 meses

Logros Esperados

Mira al rostro de otros.

- Responde al nombre cuando es llamado, mirando.
- Regularmente reconoce la fuente de sonido o la voz.
- Produce arrullos, gorjeos, risas.
- Puede vocalizar en respuesta a la voz.
- Vocaliza y gesticula con su rostro ante el agrado y desagrado.
- Sus vocalizaciones cambian en tono y volumen.
- Inicia PROTOCONVERSACIONES.
- Es capaz de empezar a realizar turnos en los intercambios de protoconversaciones.

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Seguir desarrollando el contacto ocular con sus figuras más cercanas, para generalizar tal logro con otras personas.
- Respuesta a sonidos, seguimiento y orientación básica a los sonidos girando su cabeza hacia donde están (reflejo de giro cefálico).
- Desarrollo de mayor cantidad de vocalizaciones tanto en tipo como en frecuencia.
- Expresión temprana de sus emociones y estados con vocalizaciones y gestos.

Actividades de Estimulación

Precursores del Uso:

- a. Mira a tu hijo o hija a los ojos; si no logra dirigir su mirada hacia usted espontáneamente, busque su mirada de frente; según tu hijo hija vaya tolerando, aumenta los períodos de tiempo según la tolerancia del bebé. No olvides hablarle frecuentemente, sonreírle y acariciarlo, para darle el significado social y afectivo de la mirada.
- **b.** Estimula a tu hijo o hija a mirar a otras personas a su alrededor, ya sean familiares, visitas, diciéndole quienes son, mostrándoselos y pidiendo que se le acerquen a su hijo(a) para que los vea.

- a. Toma tu niño(a) en brazos y hazle cariño en la cara mientras le hablas suavemente. Acaricia al niño(a) con la palma de las manos, con los dedos, con un algodón seco y otro húmedo, con una servilleta de papel, con un objeto tibio y otro frío, etc., en la cara y alrededor de su boca, en círculos.
- b. Ponte cerca de tu niño(a) y haz sonidos con tu boca, con el niño(a) siempre mirándote a los ojos. Estos sonidos no son necesariamente emisiones verbales, sino sonidos tipo chasquido de lengua y labios, vibración de labios, sonidos sibilantes, guturales, gruñidos, etc. Puedes ofrecerle el canal táctil a tu niño(a) acercándole su mano a tu boca al hacer la vibración de labios, etc.
- c. Cántale a tu hijo(a) con diferentes volúmenes de voz, tanto suave, medio como fuerte.
- d. Ante los sonidos y vocalizaciones que realice, debes cópialos y exagéralo apenas los emita, primero con un tono de interrogación, y luego afirmando ("¿ah?"... "¡ah!", por ejemplo).
- e. Constantemente llama a tu hijo(a), primero estando cerca de él/ella y luego más lejos. Usa una voz con una entonación suave y melodiosa.
- f. Realiza un "baño de palabras": Convérsale constantemente sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.)
- g. Sobre todo, tienes que verbalizar las cosas que le realizas a él/ella, para que vaya integrando el significado de las palabras relevantes para sí mismo.
- h. Cuando hables con tu hijo(a), intenta siempre usar una entonación agradable y variada, para que el reconozca mejor el tono de alegría, tristeza, malestar, etc.
- i. Reproduce lo anterior con títeres o muñecos haciendo juegos en los que ellos le hablen a tu niño(a) con distintas entonaciones, de felicidad, tristeza, sorpresa, malestar, etc. Cada vez que tu niño(a) responda, refuérzalo(a) imitándolo(a) inmediatamente.
- j. Poner música en la pieza del niño(a) o niña, e ir cantándole las canciones con movimientos corporales y frente a él.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 6 - 9 meses

Logros Esperados

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Imita las vocalizaciones de otros.
- Disfruta de la reciprocidad social en juegos estructurados con el adulto (tales como "no`ta bebe"/ "Ahí está - no está".
- Tiene diferentes vocalizaciones para diferentes estados.
- Reconoce a gente de su entorno familiar.
- Responde a alguien que le habla.
- Imita acciones y sonidos familiares.
- Balbuceo de reduplicación silábica (mamama, bababa), juegos vocales con patrones entonacionales, imitaciones prosodiales de palabras reales.
- Llora cuando sus padres dejan la habitación (9 meses).
- Responde consistentemente al habla suave (susurros)
 y a los sonidos del medio ambiente.
- Es capaz de requerir objetos.

- Desarrollar más formas de vocalizaciones, balbuceo e imitaciones de las vocalizaciones de otros.
- Lograr un goce social y cercanía con sus figuras cercanas.
- Lograr mayor expresividad y variedad en la cantidad de sonidos que usa, para complejizar su balbuceo.
- Lograr una mayor coordinación de lo anterior con gestos.
- Comenzar a desarrollar la habilidad de mirar y atender a lo que otra persona mira siguiendo su mirada (atención conjunta), y realizar acciones junto a otras personas imitando lo que los otros hacen (acción conjunta).

Actividades de Estimulación

Precursores del Uso:

- a. Mira lo que está mirando tu hijo o hija y comentar sobre lo que observa (por ejemplo: "estás mirando el conejo, qué bonito ese conejo, mira aquí está el conejo").
- b. Estimula a tu hijo(a) a que él/ella mire lo que tu miras o le muestras (por ejemplo, "mira, ese oso, ¡ahí!, si, mira"). Si él ella no se fija, señala el objeto, acerca a tu hijo(a) a éste para facilitar que lo vea junto a tí.

- a. Realizar un "baño de palabras": Convérsale frecuentemente sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.).

 Nómbrale las cosas cercanas a él o ella, muéstraselas, etc.
- **b.** Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos..."; etc.).
- c. Produce sonidos con un pito fuera del campo visual del niño(a), primero hacia un lado y luego hacia el otro. Él/ella debe girar la cabeza para ubicar el sonido. Si no lo realiza, muéstrale el objeto sonoro y ayúdalo girando suavemente su cabeza para dirigir la mirada hacia el objeto sonoro.
- d. Siéntate junto a tu niño(a) o tómalo en brazos si es pequeño, y muéstrale revistas o libros de un tamaño suficiente, con imágenes simples, coloridas y fáciles de identificar; nómbrale todo lo que vaya apareciendo en el libro o lo más importante.
- e. Desplaza sobre una mesa objetos que rueden o que se mueven en una dirección. Durante su movimiento, los objetos deben desaparecer y luego reaparecer a la vista de tu niño(a). Apoya la acción con la verbalización "mira el auto", "no está el auto", "está el auto". Realizar esta acción con diferentes objetos.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 9 - 12 meses

Logros Esperados

Llama la atención del otro (con vocalizaciones o

- balbuceos).
 Mueve la cabeza para decir "No", lanza objetos que no le gustan.
- Mueve la mano para decir "chao"
- Indica claramente las solicitudes; dirige la conducta del otro; muestra objetos, da objetos a los adultos, acaricia al otro, tira del adulto o apunta con el dedo al objeto para conseguirlo.
- Coordina acciones entre los objetos y los adultos (mira hacia adelante-atrás y entre el objeto y el adulto; atención-acción conjunta).
- Imita nuevos sonidos y acciones.
- Muestra patrones de reduplicación silábica más consistentes, comienza a producir vocalizaciones que asemejan las primeras palabras.

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Afianzar la habilidad de seguir lo que atienden los otros con la mirada, y seguir e imitar las acciones de otros con la mirada.
- Desarrollar la capacidad de mostrar y pedir gestualmente.
- Desarrollar la habilidad de comunicar necesidades básicas y estados emocionales con gestos y balbuceo-vocalizaciones, en acciones como pedir, mostrar, rechazar, saludar, despedirse, mostrar afecto, etc.
- Desarrollar la capacidad de "permanencia del objeto", para saber que los objetos y personas siguen existiendo pese a que no los observe en ese momento o no estén al alcance de sus ojos.

Actividades de Estimulación

Precursores del Uso:

a. Toma el objeto que está usando tu hijo(a) o alguno que le guste, muéstraselo y déjalo en un recipiente transparente que no pueda abrir; intenta ver si te lo pide. Si no lo hace, le preguntas "¿Lo quieres?" y se lo entregas. Repite esta acción para ir estimulando la intención de pedir en tu hijo(a).

- a. Realizar un "baño de palabras": Convérsale frecuentemente sobre las cosas que usted realiza y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra constantemente las cosas cercanas a su niño(a), muéstreselas, etc.
- b. Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos...", etc.)
- c. Realiza onomatopeyas sonidos de animales (perro= guau; gato=miau, etc.) u objetos (tren= chu-chu) que sean familiares para el niño(a).
- d. Enséñale el "no" usando una expresión enérgica acompañada del movimiento de cabeza.
- e. Produce sonidos con un pito fuera del campo visual del niño(a), en un sentido vertical, hacia arriba y abajo.
- f. Él/ella debe dirigir su cabeza para ubicar el sonido. Si no lo realiza, muéstrale el objeto sonoro y ayúdalo girando su cabeza para dirigir la mirada hacia el objeto sonoro. Asocia gestos con formas verbales sencillas (estirar los brazos para tomarlo diciendo ¡upa!; llamarlo diciendo "¡ven!" mientras se mueve el brazo en señal de llamada, etc.).
- g. Entrega un objeto vistoso tu niño(a) para que juegue unos segundos con él, quítaselo y frente a él escóndelo parcialmente y luego hazlo reaparecer, apoya la acción con la verbalización "no está", "se fue", "¿dónde está?", "¡ahí está!". Puedes taparlo con un pañal, esconderlo en una caja, etc.
- h. Luego también puedes incitar tu niño(a) para que busque el objeto, no olvides el apoyo verbal.
- *i.* Puedes repetir esta actividad, pero escondiendo los objetos en diferentes lugares, de forma parcial. Luego el objeto se esconde totalmente.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 12 - 18 meses

Logros Esperados

- Comienza la producción de palabras aisladas.
- Llega a utilizar entre 3 a 20 palabras (aproximación).
- Las palabras que usa son de una estructura directa (consonante + vocal).
- Puede realizar instrucciones simples de un paso.
- Puede reconocer de 1 a 3 partes del cuerpo a petición.
- Solicita objetos apuntando con su dedo, vocalizando o utilizando aproximaciones a palabras reales.
- Llama la atención vocalizando, gesticulando, o quizás utilizando palabras (tales como "mami").
- Utiliza palabras de uso social (chao, hola, gracias, por favor).
- Protesta: dice "No", agita la cabeza, se aleja, lanza objetos.
- Comenta: Apunta objetos, vocaliza, o usa aproximaciones a palabras reales.
- Puede llevarle a sus padres objetos que le interesan.
- Reconoce: El contacto visual, la respuesta vocal y la repetición de palabras.

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Estimular la producción de las primeras palabras significativas para el niño(a) según su entorno familiar, físico, etc.
- Estimular el uso de formas sociales con gestos palabras, para decir "hola - chao", expresar agrado y desagrado, etc.
- Estimular la función de petición utilizando gestos físicos y además palabras cercanas a "quiero", o al objeto que desea el niño(a).
- Estimular la función de comentario declaración al mostrar objetos que le gusten, llamar la atención del otro, etc.
- Lograr la comprensión de 3 partes del cuerpo o más.

Actividades de Estimulación

- a. Realizar un "baño de palabras": Convérsale frecuentemente a tu niño(a) sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra frecuentemente las cosas cercanas a tu niño(a), muéstraselas, etc.
- b. Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos..."; etc.).
- c. Si tu niño(a) dice algo parecido a una palabra, o si dice una palabra de forma errónea, no lo(a) corrijas; repítela de la forma correcta varias veces usando varias oraciones para eso (por ejemplo; si él/ella dice "to", tú respondes "ooh, sí, el oso, mira el oso, ¿quieres que te pase el oso?, mira, aquí está el oso").

No le obligues a pronunciar la palabra corregida, la mejor corrección se basa en el modelaje.

- d. Muéstrale diferentes láminas con expresiones faciales para que tu niño(a) pueda imitarlas. Las expresiones deben ser muy claras, como por ejemplo: niño(a) llorando, niño(a) riendo, etc. Primero realízalas tú y después él/ella, de forma que sea más lúdico.
- e. Pásale un objeto para que tu niño(a) juegue con él, después extiende la mano para pedírselo, diciéndole "dámelo"; si el niño(a) no lo hace, muéstrele cómo hacerlo y refuércelo.
- f. Luego sigue jugando al "toma y dame" con otros objetos.
- g. Siéntate junto a tu niño(a) y muéstrale revistas libros de cuentos para su edad con figuras claras, coloridas y de fácil identificación y nómbrale los objetos familiares para él (ella) que puedan aparecer en éstas.
- h. Manipula con tu niño(a) objetos funcionales como cajas, libros, instrumentos musicales, puertas, ventanas, y realiza la acción correspondiente a ellos verbalizándosela a tu niño(a) en pocas palabras; luego incítalo(a) para que también las haga.
- i. Frente a tu niño(a) coloca dos cajas y en una de ellas esconde un objeto. Anima a tu hijo(a) a buscar el objeto en las dos cajas. No olvides apoyarlo diciendo "no está", "¿dónde está?", "aquí está". Si tu niño(a) no lo hace, encuentra el objeto por él o ella. Puede utilizar varios objetos o aumentar la cantidad de cajas a tres o incluso cuatro luego.
- *j.* Ponte junto a tu niño(a) frente a un espejo, luego de eso muéstrale partes de su cuerpo muy generales primero como "cabeza, guata, brazos, piernas" para luego pasar a otras más pequeñas. Puedes repetir esto después con muñecos para ir mostrándole a tu niño(a) las partes del muñeco y las de él/ella.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 18 - 24 meses

Logros Esperados

- Utiliza principalmente palabras para comunicarse. Gorjeo desaparece.
- Comienza a utilizar combinaciones de 2 palabras;
 cerca de los 24 meses utiliza combinaciones para
 relacionar significados; por ejemplo "más galletas",
 "zapato papá", y su uso es más flexible
- Nombra uno entre 4 objetos presentados.
- Cerca de los 24 meses tiene casi 50 palabras, las cuales pueden ser aproximaciones de formas adultas (aproximación).
- Apunta a 5 partes del cuerpo suyas o en algún muñeco.
- Hace preguntas simples como "¿Qué es eso", subiendo el tono al final, para llamar la atención de los otros.
- Comienza a usar posesivos (mío) o pronombres para referirse a sí mismo (vo, mi, etc.).

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Estimular la formación de frases utilizando dos palabras.
- Estimular el conocimiento y uso de más conceptos y/o palabras (mínimo 50 palabras).
- Estimular la realización de preguntas simples con la partícula "Oué", etc.
- Estimular el uso de la primera persona (yo, mío, etc.).
- Lograr la comprensión de 5 partes del cuerpo o más.

Actividades de Estimulación

- a. Realizar un "baño de palabras": Convérsale frecuentemente a tu niño(a) sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra frecuentemente las cosas cercanas a tu niño(a), muéstraselas, etc.
- b. Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos...": etc.).
- c. Cuando interactúes con tu niño(a), muéstrale cosas, juguetes y pregúntale "¿Qué es eso?", si no responde puedes darle la respuesta. Dependiendo de cómo la da, puedes repetirla de forma correcta para no frustrarlo.
- d. Si tu niño(a) dice algo parecido a una palabra, o si dice una palabra de forma errónea, **no le corrijas**; repítela de la forma correcta varias veces usando varias oraciones para eso (por ejemplo; "si él/ella dice "to", tú respondes, "ooh, sí, el oso, mira el oso, ¿quieres que te pase el oso?, mira, aquí está el oso").
- e. Agrega información nueva a lo que tu niño(a) dice (por ejemplo; "tato", "Sí, el zapato rojo").
- f. Utiliza un muñeco para realizar con éste varias acciones como dormir, caminar, correr, saltar, comer, conducir, etc. Tu niño(a) debe estar observando las acciones, ya que mientras hagas las acciones debes decirle lo que hace el muñeco en diversos tiempos:
 - 1. Presente: "Está caminando", "camina", "está saltando", etc.
 - 2. Pasado: "se durmió", "se cayó", etc.
- g. Intercala con tu niño(a) y un títere. Haz que acciones que puedan recaer o ser realizadas sobre el títere (o tercera persona) (ej.: ÉL peina a la mamá, TÚ peinas a la mamá; viste a la muñeca, etc.).
- h. Utiliza fotos donde aparezcan figuras cercanas a tu niño(a) (padres, hermanos, abuelos, etc.). Nómbraselos y señálale algunas de las características físicas de estas personas. (ej.; José es tu hermano y es más grande que tú).
 i. Siéntate junto a tu niño(a) y muéstrale libros de cuentos para su edad con figuras claras, coloridas y de fácil identificación y nómbrale los objetos familiares para él (ella) que puedan aparecer en éstas. Luego pregúntale sobre los objetos y personajes y comienza a narrarle la historia (por ej.: "¿Qué es eso?", "¿Quién es él (ella)?, etc.), durante el tiempo que atienda. Repite esto diariamente si es posible, para que se acostumbre a los libros, atienda mejor y reconozca los personajes.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 24 – 36 meses

Logros Esperados

Participa en pequeños diálogos y expresa emociones.

- Comienza a usar su lenguaje de forma imaginativa.
- Propone temas de conversación.
- Se reconoce a sí mismo por su sexo (hombre/mujer).
- Utiliza cerca de 500 palabras (proporción con etapas anteriores).
- Identifica acciones mostradas en láminas.
- Reconoce algunos colores y formas básicas.
- Comienza a utilizar detalles descriptivos para facilitar la comprensión del interlocutor
- Utiliza dispositivos-partículas lingüísticas para captar la atención del otro (decir "hey"!)
- Capaz de unir ideas no relacionadas y elementos de historias
- Comienza a utilizar artículos (tales como "una", "la", "el")
- Utiliza terminaciones verbales (presente progresivo, presente y pasado), uso de términos en plural, usa adjetivos unido al verbo "ser-estar" ("el gato es grande").
- Comienza a utilizar pronombres de segunda persona (tú, ustedes).
- Responde a algunas preguntas simples con las partículas "qué", "quién", "dónde".

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Estimular la utilización de palabras como artículos, pronombres, preposiciones etc.
- Estimular el uso de diversos verbos en distintos tiempos.
- Estimular el conocimiento y uso de más conceptos y/o palabras (mínimo 500 palabras aproximadas).
- Lograr una mayor comprensión de preguntas con las partículas "Qué", "Quién", "Cuál", "Cómo", etc.
- Estimular la identificación de colores y figuras básicas.
- Estimular la comprensión y realización de órdenes relacionando dos objetos y de dos a tres acciones relacionadas.

Actividades de Estimulación

- a. Realizar un "baño de palabras": Convérsale constantemente a tu niño(a) sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra constantemente las cosas cercanas a tu niño(a), muéstraselas, etc.
- **b.** Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos..."; etc.).
- c. Cuando interactúes con tu niño(a), muéstrale cosas, juguetes y pregúntale "¿Qué es eso?", si no responde puedes darle la respuesta. Dependiendo de cómo la da, puedes repetirla de forma correcta para no frustrarlo.
- d. Si tu niño(a) dice algo parecido a lo que usted reconozca como una palabra, o si dice una palabra de forma errónea, no lo(a) corrijas; repítela de la forma correcta varias veces usando varias oraciones para eso.
- e. Agrega información nueva a lo que tu niño(a) dice (por ejemplo; "tato", "Sí, el zapato rojo").
- f. Al conversar y jugar con tu niño(a) realízale preguntas del tipo "Qué", "Quién", "Dónde" (por ejemplo; "¿dónde está la tortuga?, etc.). Ten atención de que entienda la pregunta y ayúdalo a responderla si él (ella) no puede espontáneamente.
- g. Coloca dos o tres objetos llamativos en diferentes lugares de la sala y dile donde se encuentra en referencia a dónde está el niño (ej.: la pelota está lejos; la muñeca está cerca, etc.).
- h. Siéntate frente a tu niño(a) a una altura que queden frente a frente. Manipula objetos diferentes con propiedades diferentes del tipo:
- Chico-Grande
- Largo-Corto
- Duro-Blando
- *i.* Haz oraciones con esos objetos, juntando un artículo (un, una, el, la, etc.), el objeto y el adjetivo (ej.: el conejo blanco, etc.) Luego puedes darle órdenes con dichas oraciones "dame el conejo blanco".

C

- *j.* Selecciona varios objetos y realiza acciones que relacionen unos objetos con otros. Entre ellos pueden ser: un muñeco y un caballo, una muñeca y una escoba, un muñeco y un teléfono de juguete, entre otros ejemplos. Verbaliza cada una de las acciones.
- **k.** Selecciona varios objetos y cámbielos de lugar. Por ejemplo poner un animalito afuera y adentro de un corral (verbalizando la acción: el animal está afuera del corral, ahora está adentro del corral), una pelota afuera y adentro de una caja, una muñeca arriba y abajo de una silla, etc.
- *l.* Dale órdenes a tu niño(a). Estas órdenes deben estar relacionadas con un objeto "ponte los zapatos", "dame la polera", "quítate los calcetines". Cuando tu niño(a) lo logre, pídele realizar las mismas acciones y otra más "ponte los zapatos y ven". Luego puedes relacionar dos acciones con dos objetos, pero que estén relacionadas "trae la pelota y déjala en la caja".
- *m*. Luego da 2 órdenes con objetos y que no estén relacionadas "dame la pelota y ponte el pollerón". Siempre debe incentivar a su niño(a) a hacer estas acciones, animándolo(a) y felicitándolo(a) al realizarlas. No olvides ayudarlo(a) si no puede o tiene dificultades.
- n. Siéntate junto a tu niño(a) y muéstrale libros de cuentos para su edad con figuras claras, coloridas y de fácil identificación y nómbrale los objetos familiares para él/ella que puedan aparecer en éstas. Luego pregúntale sobre los objetos y personajes y comienza a narrarle la historia (por ej.: "¿Qué es eso?", "¿Quién es él?, etc.), durante el tiempo que atienda. También narra la historia con distintas voces para los personajes, marcando muy bien la entonación en cada parte, para hacerla más notoria. Realízale preguntas simples a tu niño(a) como las antes citadas u otras como "¿Qué pasó?", "¿Qué hicieron...?", etc.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 36 – 48 meses

Logros Esperados

- Participa en largas conversaciones con otros.
- Simula ser otra persona en los juegos.
- Simplifica su lenguaje si habla con un bebé.
- Pide permiso para hacer cosas.
- Hace preguntas, bromas, chistes, etc.
- Corrige al otro y se rectifica si el otro no le entiende.
- Utiliza cerca de 1500 palabras (aproximación).
- Pronuncia mejor las palabras y oraciones; desaparecen procesos de simplificación fonológica (desde esta edad), persistiendo en su mayoría omisiones de sílabas en palabras de larga metría.
- Utiliza el "y" como conjunción.
- Identifica locativos como "arriba/abajo" y "adelante/atrás".
- Realiza órdenes relacionadas con tres acciones/dos objetos (órdenes por separado).

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Estimular en el correcto uso de los sonidos del lenguaje dentro de las palabras.
- Estimular el uso de frases de más largas, de 3 palabras como mínimo.
- Estimular el conocimiento y uso de más conceptos y/o palabras (mínimo 1500 palabras aproximadas).
- Estimular el conjugar más de una oración o idea utilizando la conjunción "y".
- Estimular la comprensión y utilización de variados términos opuestos (arriba-abajo, adelante-atrás).
- Estimular la comprensión y realización de órdenes relacionando dos objetos y de dos a tres acciones relacionadas.

Actividades de Estimulación

- a. Realizar un "baño de palabras": Convérsale frecuentemente a tu niño(a) sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra frecuentemente las cosas cercanas a tu niño(a), muéstraselas, etc.
- b. Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos..."; etc.).
- c. Cuando interactúes con tu niño(a), muéstrale cosas, juguetes y pregúntale "¿Qué es eso?", si no responde puedes darle la respuesta. Dependiendo de cómo la da, puedes repetirla de forma correcta para no frustrarlo.
- d. Si tu niño(a) dice algo parecido a lo que usted reconozca como una palabra, o si dice una palabra de forma errónea, no lo(a) corrijas; repítela de la forma correcta varias veces usando varias oraciones para eso.
- e. Agrega información nueva a lo que tu niño(a) dice (por ejemplo; "tato", "Sí, el zapato rojo"). Incentiva a tu niño(a) a decir muchas palabras que empiecen, que tengan en la sílaba del medio o en la final distintos sonidos:

- /m/, /n/ (por ejemplo: mesa, cama; nota, tina)
- /p/, /t/, /c-k/ (por ejemplo: pala, topo; tina, pato; casa, saco)
- /b-v/, /d/, /g/ (por ejemplo: vaca, llave; dado, codo; guitarra, lago).
- /f//s-c/,/ch/,/j/ (por ejemplo: foca; cielo, taza; chancho, techo; jamón, caja)
- /l/(por ejemplo: león; cola)
- f. Para realizar esto, puede usar juguetes, fotos, dibujos, etc. Si el niño(a) se equivoca, no lo corrijas, repite la palabra más lento, o bien varias veces para que tu niño(a) las diga de nuevo.
- g. Pon cerca de tu niño(a) objetos o figuras de varios colores, primero de a dos. Nómbrale el color de cada uno, y luego pídele que te pase uno a uno los objetos por su color "dame el verde". Así vas aumentando también la cantidad de objetos.
- h. Puedes realizar lo mismo con figuras geométricas básicas (triángulo, círculo, cuadrado). Una vez que logre esta actividad y la anterior, pídele los objetos por sus dos características "pásame el cuadrado rojo".
- *i.* Utilizar juguetes, libros de cuentos u otros objetos para estimular a tu niño(a) a formar oraciones con distintas ideas opuestas:
- Dentro-Fuera: Usa una caja y varios juguetes; pon algunos dentro de la caja y otros afuera. Dale un tiempo para observar, nómbrale los objetos y hazle preguntas con la palabra "dónde" para que responda (por ejemplo: "¿Dónde está la pelota?, ¿Dentro o fuera de la caja?"). Dale ejemplos y ayudas cada vez que necesite. No corrijas todo, repite lo que él diga de forma correcta, felicítalo y continúa.
- Encima-Debajo: Coloca los objetos encima y luego debajo de una silla o mesa pequeñas, nombrando donde están cada cosa primero y después preguntándole dónde están: "¿Dónde está?, ¿Encima o debajo de...?
- Adelante-Detrás: Haz esto colocando los objetos adelante-atrás de una caja, nombrando y realizando preguntas" ¿Dónde está?, ¿Adelante o atrás de...?
- Cerca-Lejos: Puedes poner un objeto cerca y otro lejos primero del niño(a), para que aprenda el concepto en referencia a su cuerpo, primero mostrando, verbalizando y luego preguntando "¿Dónde está?, ¿Cerca o lejos de ti? Luego en referencia a un objeto cualquiera: "¿Dónde está?, ¿Cerca o lejos?
- Rápido-Lento: Utiliza dos autos y muévelos a velocidades distintas, uno lento y otro rápido, muéstrale y dile al, luego pregúntale "mira, este va rápido y ese va lento". ¿Cuál va rápido?, ¿Cuál va lento?
- Abierto-Cerrado: Use cajas pequeñas, muebles reales o de juguete, y vaya abriendo y cerrando mientras va verbalizando lo que hace. Luego el niño(a) debe hacerlo diciendo "está abierto", "está cerrado".
- Limpio-Sucio: Utiliza objetos o juguetes más nuevos y otros más viejos y muéstrale a tu niño(a) cómo están "Este está limpio y ese está sucio". Luego incita a tu niño(a) a repetir: "el muñeco está sucio". Luego pregúntale "¿Cuál está limpio y cuál está sucio?".
- Caliente-Frío: Puedes realizar esto simplemente a la hora de almuerzo describiendo cómo está la comida (caliente) y cómo está el postre o el jugo (frío). Luego hazle preguntas: "¿Cuál está caliente y cuál está frío?". Puedes hacerlo con comida de juguete también.

Primero debes decirlas tú y después tu niño(a). Siempre dale demostraciones, completa las frases que no pueda formar bien y felicítalo cada vez que acierte.

- j. Dale órdenes a tu niño(a). Estas órdenes deben estar relacionadas con un objeto "ponte los zapatos", "dame la polera", "quítate los calcetines". Cuando tu niño(a) lo logre, pídele realizar las mismas acciones y otra más "ponte los zapatos y ven". Luego puedes relacionar dos acciones con dos objetos, pero que estén relacionadas "trae la pelota y déjala en la caja".
- k. Luego da 2 órdenes con objetos y que no estén relacionadas "dame la pelota y ponte el polerón". Siempre debe Incentívalo a hacer estas acciones, animándolo(a) y felicitándolo(a) al realizarlas. No olvides ayudarlo(a) si no puede o tiene dificultades.
- I. Siéntate junto a tu niño(a) y muéstrale libros de cuentos para su edad con figuras claras, coloridas y de fácil identificación y nómbrale los objetos familiares para él (ella) que puedan aparecer en éstas. Luego pregúntale sobre los objetos y personajes y comienza a narrarle la historia (por ej.: "¿Qué es eso?", "¿Quién es él (ella)?, etc.), durante el tiempo que atienda. También narra la historia con distintas voces para los personajes, marcando muy bien la entonación en cada parte, para hacerla más notoria. Incita a tu niño(a) a imitarte, a hablar como los personajes, imitando entonaciones y memorizando enunciados. Realízale preguntas simples a tu niño(a) como las antes citadas u otras como "¿Qué pasó?", "¿Qué hicieron...?", etc. Luego avanza con preguntas más complejas como "¿Qué dijo él (ella)?, "¿Por qué hizo eso?". Siempre entrégale la respuesta correcta si tu niño(a) no la encuentra, y felicítalo cada vez que acierte.

Intervención estimulación área lenguaje entre los 48 - 59 meses

Logros Esperados

- Utiliza peticiones indirectas ("uff que hambre tengo", para pedir algo de comer).
- Utiliza términos deícticos de forma correcta: "este", "ese", "aquí", "ahí".
- Expresa abiertamente sus emociones y pensamientos en sus enunciados ("me siento...","quiero..." "yo creo", etc
- Permanecen dificultades fonológicas en palabras más extensas y complejas.
- Utiliza términos de tiempo en futuro.
- Realiza 3 órdenes en secuencia.
- Clasifica objetos según forma, color o uso.
- Pregunta sobre qué significan las palabras.
- Repite los días de la semana en secuencia.

Tareas a pesquisar e intervenir por la familia/ profesional

- Lograr cada vez más precisión al usar los sonidos del lenguaje al pronunciar palabras y frases.
- Estimular la realización constante de preguntas para saber sobre las cosas o qué significan las palabras.
- Estimular el uso de verbos en los tiempos presente, pasado y futuro.
- Estimular la comprensión y realización de órdenes de 3 pasos en secuencia.
- Lograr la identificación y clasificación de objetos por color y forma.

Actividades de Estimulación

- a Realizar un "baño de palabras": Convérsale frecuentemente a tu niño(a) sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra frecuentemente las cosas cercanas a su niño(a), muéstreselas, etc.
- b. Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos..."; etc.).
- c. Si tu niño(a) dice algo parecido a lo que usted reconozca como una palabra, o si dice una palabra de forma errónea, no lo(a) corrijas; repítela de la forma correcta varias veces usando varias oraciones para eso.
- d. Agrega información nueva a lo que tu niño(a) dice (por ejemplo; "tato", "Sí, el zapato rojo"). Realiza con tu hijo una "lectura dialogada" de los cuentos; Siéntate junto a tu niño(a) y muéstrale libros de cuentos para su edad con figuras claras, coloridas y de fácil identificación y nómbrale los objetos familiares para él (ella) que puedan aparecer en estos. Luego pregúntale sobre los objetos y personajes (por ej.: "¿Qué es eso?", "¿Quién es él (ella)?, etc.), y comienza a narrarle la historia durante el tiempo que atienda. También narra la historia con distintas voces para los personajes, marcando muy bien la entonación en cada parte, para hacerla más notoria. Utiliza gestos también. Incita a tu niño a imitarte, a hablar como los personajes, imitando entonaciones, memorizando enunciados y usando gestos para parecerse a los personajes. Házle preguntas simples, a modo de conversación o "diálogo" como las antes citadas u otras como "¿Dónde están?", "¿Qué pasó?", "¿Qué hicieron...?", etc.

3. Intervención grupal en la modalidad de estimulación.

Resulta ser una buena estrategia de trabajo para niños(as) con retraso de lenguaje, sin disminuir la calidad de la atención. Según la misma revisión de Cochrane (2003), no existen realmente diferencias significativas entre la intervención grupal e individual en niños(as) con trastorno del lenguaje.

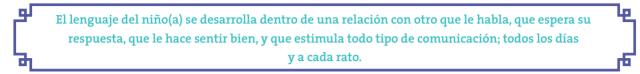
De todas formas, los grupos con pares con desarrollo típico si tienen un efecto en la estimulación del lenguaje de los niños(as) con alteraciones del lenguaje. Algunas características de la estimulación de tipo grupal son ¹⁵³:

- a. Las sesiones deben realizarse de acuerdo al lo sugerido en capítulo V.
- b. Se generan grupos de 3 a 4 niños(as) o niñas, acompañados de su madre, padre o cuidador.
- c. Se trabaja generalmente en parejas.
- d. Se aborda un tema o actividad por semana.

¹⁵³ Centre for Community Child Health Australia (2006). Language Problems: Practice Resource. En Línea: http://raisingchildren.net.au/verve/_resources/Language_problems.pdf. Consulta el día 20 de Octubre de 2011.

- e. Las actividades no son directivas; el niño(a) es quien inicia las actividades.
- f. Niños(as) con desarrollo normal del lenguaje pueden formar parte como modelos.
- g. Se deben incentivar las interacciones entre pares, con un contacto ocular directo.

A nivel de contenidos, se debe crear conciencia de la importancia del rol de los padres y madres para que los niños(as) logren un nivel de lenguaje adecuado.



Entregue recomendaciones y actividades para que los padres realicen en casa junto a sus hijos o hijas, de forma de apoyar íntegramente su desarrollo, tanto de forma promocional (anticipada) como preventiva (para reforzar las áreas débiles del lenguaje).

Además de las actividades planteadas según nivel etario, a nivel de intervención directa existen modelos de intervención indirecta que se basan en el uso de diversas estrategias para promover el lenguaje de los niños(as). Algunas de estas estrategias, que pueden ser utilizadas por los profesionales, o bien ser instruidas a los padres y cuidadores para llevar a cabo con sus hijos(as) en casa, son las siguientes ¹⁵⁴:

	Otras estrategias para estimular lenguaje
Habla paralela:	El adulto describe contingentemente lo que el niño(a) está haciendo (por ej.: "Mira, estás jugando con el auto", "te estás poniendo los zapatos"). Se sugiere utilizar frases de 4 a 5 palabras, pero de forma fluida y con una entonación notoria.
Auto conversación:	El adulto le describe al niño(a) lo que él mismo realiza (por ej.: "Estoy haciendo la comida", "Estoy ordenando los juguetes"). También deben utilizarse frases de una extensión media, con una entonación marcada y llamando previamente la atención del niño(a).
Descripción:	Se describe el estado de un objeto del entorno (por ej.: "Se rompió el auto", "la pelota está rodando lejos").
Preguntas Abiertas:	Generalmente tienen un mejor efecto que las preguntas que sólo tienen una respuesta tipo "Sí" o "No" y respuestas de una sola palabra. Para esto se realizan preguntas que tengan las palabras "Qué", "Cómo", Cuándo", "Dónde", etc. (por ej.: "¿Qué te parece si?", "¿Dónde está la pelota?", "¿Cómo te gusta la comida?", etc.).
Repetición Reformulación:	Cuando el niño(a) dice alguna oración o palabra cercana a la forma correcta, o más bien errónea, es preferible, no corregir de forma explícita, sino mas bien repetir de forma correcta lo que quiso decir el niño(a), por ej.: niño(a) dice "El tonejo"; el adulto le dice "Sí, el conejo".
Expansión Gramatical:	Generalmente se agregan las estructuras sintácticas que el niño(a) no ha pronunciado en una frase, por ej.: "niño(a) correr"; "Sí, el niño(a) corre".
Extensión Semántica o Expansión-Plus:	A la información que ha dado el niño(a), se agrega nueva información o contenidos (por ej.: niño(a) dice "el auto"; el adulto le dice "Sí, el auto rojo, el auto rojo anda").

¹⁵⁴ Educational Productions, KeystoneInstructionalServicesDivision (1985). Oh Say What They See: an Introduction to Indirect Language Stimulation Techniques. Educational Productions, Portland, OR. En Línea:http://op.nbschools.net/ourpages/auto/2011/4/6/59056661/oh%20say%20what%20you%20see.pdf. Consulta el 20 de Octubre de 2011.

C

4. Derivación efectiva de niños (as) con Déficit / Trastorno del lenguaje a Escuelas de Lenguaje

Desde la edad de 2 años 11 meses hasta los 5 años 11 meses y con un diagnóstico certero de Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), se pueden derivar a niños (as) a la Categoría de **Necesidades Educativas Especiales de Carácter Transitorio** (NEECT). A continuación se describirá el proceso para la derivación efectiva para los casos de un trastorno del lenguaje, para una derivación al proceso de diagnóstico y posterior ingreso a una escuela de lenguaje o bien a un proyecto de integración.

El reglamento ofrecido actualmente por el Ministerio de Educación para la derivación e inclusión efectiva de los niños(as) con trastorno del lenguaje deriva de la necesidad de brindarles herramientas oportunas y efectivas desde el inicio de la educación formal.

De este modo La ley NUM. 20.370/2009 declara al Estado como aval y garante de una educación universal e igualitaria para la diversidad de individuos. La Ley 20.201, MODIFICA EL DFL Nº 2, DE 1998, DE EDUCACION, SOBRE SUBVENCIONES A ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES Y OTROS CUERPOS LEGALES, Articulo N°1, inciso 2, letra c) señala:

"Para los efectos de esta ley, se entenderá por Necesidades Educativas Especiales de Carácter Transitorio, aquellas no permanentes que requieran los alumnos en algún momento de su vida escolar a consecuencia de un trastorno o discapacidad diagnosticada por un profesional competente, y que necesitan de ayudas y apoyos extraordinarios para acceder o progresar en el currículum por un determinado período de su escolarización. El Reglamento determinará los requisitos, instrumentos o pruebas diagnósticas para establecer los alumnos con necesidades educativas especiales que se beneficiarán de la subvención establecida en el inciso anterior, debiendo primero escuchar a los expertos en las áreas pertinentes. Con todo el Reglamento considerará entre otras discapacidades a los déficit atencionales y a los trastornos específicos del lenguaje y aprendizaje"

De esta forma, la condición de trastorno del lenguaje es incluidas en el sistema educativo como Necesidades Educativas Especiales de Carácter Transitorio (NEECT), con el correspondiente compromiso de recursos y acceso educativo de los niños(as) en esta condición a establecimientos con un currículum educativo adecuado para su condición, es decir, en Escuelas Especiales de Lenguaje y en Escuelas Básicas con Proyecto de Integración Escolar aprobados por el Ministerio de Educación.

I. Ingreso

El ingreso a las Escuelas especiales de lenguaje o, en su defecto a un proyecto de integración, será determinado por una evaluación de TEL realizada por un Fonoaudiólogo inscrito en la Secretaría Regional Ministerial de Educación. A su vez, dicho ingreso podrá producirse sólo durante el primer semestre y hasta el 31 de agosto de cada año. Para fines del ingreso, es necesaria una evaluación previa para ratificar la condición o NEECT del vniño(a). Esta evaluación será realizada por un profesional Fonoaudiólogo, en la que se podrán aplicar como mínimo estas dos pruebas, según la modalidad del lenguaje a pesquisar:

- a. Language compressive, Screening Test of Spanish Grammar, TECAL.
- b. Language expressive, Screening Test of Spanish Grammar, TEPROSIF o TEPROSIF-R.

De esta forma, se evalúa el desempeño del niño(a) en los niveles fonológico, léxico y morfosintáctico del lenguaje. En cuanto al nivel pragmático, será necesaria la obtención de información relevante, sin embargo, el decreto no explica las modalidades ni objetivos de esta evaluación. De ser necesario, los niños(as) deben ser derivados con interconsultas a otros profesionales según corresponda (Otorrino, Psicólogo, Neurólogo, entre otros). Las impresiones y/o posibles diagnósticos que emitan estos serán de importancia para ratificar o no la condición de Trastorno Específico del Lenguaje, entidad nosológica que requiere de ciertas exclusiones tales como: el inicio tardío o un desarrollo lento del lenguaje oral; no explicado por un déficit sensorial auditivo o motor, por deficiencia mental, trastornos psicopatológicos, por depravación socio afectiva ni lesiones, o disfunciones cerebrales.".

También se especifican otras condiciones que manifiestan alteraciones del lenguaje y la comunicación, las cuales no serán aceptadas para el ingreso 155:

Niños(as) portadores de fisuras palatinas no tratadas.

- Niños(as) que presenten trastornos del habla.
- Niños(as) que presenten trastorno de la comunicación secundarios a las siguientes condiciones; deficiencia mental, hipoacusia, sordera, parálisis cerebral, graves alteraciones de la capacidad de relación y comunicación que alteran la adaptación social, el comportamiento y el desarrollo individual y alteraciones de la voz.

II. Diagnóstico: Sólo se recibirán en estas Escuelas Especiales de Lenguaje menores en condición de Trastorno Específico del Lenguaje, diagnosticados en base a los instrumentos antes descritos y según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV¹⁵⁶:

- del lenguaje expresivo quedan por debajo de las obtenidas por las normas del desarrollo del lenguaje receptivo. Se puede manifestar a través de síntomas como errores de producción de palabras, incapacidad para utilizar los sonidos del habla en forma apropiada para su edad, un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales, o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo. Las dificultades interfieren con el rendimiento académico o comunicación social. No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.
- TEL Mixto: Puntuaciones tras evaluaciones del lenguaje expresivo quedan por debajo de lo esperado para la edad del menor. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales. Las dificultades interfieren con el rendimiento académico o comunicación social. No se cumplen criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

El Decreto 170, de la Ley 20.201, en su artículo 3º declara: "El niño(a) o niña con Trastorno Específico del Lenguaje que asiste a una escuela especial de lenguaje, será beneficiario de la subvención de necesidades educativas especiales de carácter transitorio, cuando la evaluación diagnóstica multiprofesional confirme la presencia del trastorno, que para los efectos de este reglamento será a partir de los 3 años de edad, hasta los 5 años 11 meses". A su vez, el Artículo 39º determina que la subvención puede ser desde el primer nivel de transición de educación parvularia en adelante, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10º del presente reglamento.

5. Visitas domiciliarias en la intervención del lenguaje

Las visitas domiciliarias integrales (VDI) con foco en la estimulación del lenguaje son ¹⁵⁷:

"Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigida a familias desde la gestación hasta los seis años del niño(a)/niña, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención"

El desarrollo del lenguaje se lleva a cabo de forma principal en base a la interacción con las figuras más cercanas, dentro de la familia. Este desarrollo muchas veces es incidental, es decir, sin mayor mediación por parte de los padres. En los casos de un retraso del desarrollo del lenguaje, la contribución de la visita domiciliaria es la adecuación de las estrategias que usan los adultos para comunicarse y promover el desarrollo de sus hijos(as), y proveer de otras acciones y actividades atingentes a mejorar la interacción comunicativa y afectiva entre ellos.

Esta visita interviene en el ambiente natural del niño(a)/ familia, por lo que debe considerar estrategias y contenidos acordes al plan de trabajo de la modalidad, orientados a una promoción de su desarrollo comunicativo-lingüístico, y no necesariamente pautas rígidas de estimulación de habilidades o contenidos concretos ausentes o emergentes en su desarrollo. Este enfoque familiar ha demostrado ser efectivo no sólo a nivel de la promoción del lenguaje, sino que también a nivel de la interacción emocional y psicológica con el resto del grupo familiar 158.

La visita debe basarse en las indicaciones dadas en el documento "Orientaciones técnicas: visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia", de Chile Crece Contigo.

Journal of Research in Educational Psychology, 7(3), 1419-1448.

¹⁵⁷ Ministerio de Salud (2008). Orientaciones Técnicas: Visita domiciliaria integral para el desarrollo Biopsicosocial de la infancia. 158 Ato Lozano, E., GaliánConesa, M°., Cabello Luque, F. (2009). Intervención familiar en niños(as) con trastorno del lenguaje: Una revisión. Electronic

Objetivos de la visita domiciliaria con foco en lenguaje

Objetivo General

- Promover las condiciones ambientales y relacionales que favorezcan un mayor desarrollo del lenguaje en los niños(as) en situación de déficit, riesgo y/o vulnerabilidad.
- Que el niño(a) o niña en situación de déficit, riesgo y/o vulnerabilidad, logre avances en el desarrollo de su lenguaje mediante un entrenamiento directo e incidental de dichas habilidades deficitarias y las correspondientes a su edad.

Objetivos Específicos

- Que los padres, madres y cuidadores conozcan de manera general conceptos sobre el desarrollo del lenguaje y la comunicación en la infancia.
- Que los padres, madres y cuidadores se encuentren más informados de los factores que pueden afectar y promover el desarrollo del lenguaje de sus hijos.
- Que los padres, madres y cuidadores lleven a cabo en la interacción diaria con sus hijos(as) acciones promotoras de vínculo, lenguaje y comunicación.
- Que el niño(a) o niña logre avances en sus habilidades lingüísticas en referencia a las pautas de evaluación del desarrollo.

Actividades de la visita domiciliaria con foco en el lenguaje

Las actividades se dividen en tres grupos principales, a nivel de la intervención del lenguaje:

- Educativas: Se entrega información útil a los padres, madres o cuidadores, ésta información consiste en la naturaleza de la condición de alteración del lenguaje, las posibles causas, los factores que pueden acrecentar la condición o disminuirla y las intervenciones existentes. Se incluye también las estrategias de tipo indirecto para la intervención del lenguaje, consejos de estimulación, etc.
- Asistenciales: Se incluyen todas las actividades de estimulación indirecta y directa del lenguaje, tanto las realizadas por los profesionales en visita como las enseñadas y luego practicadas por los padres. Estas actividades tienen como objetivo

la promoción del lenguaje en los niños(as). Se incluye el seguimiento y control de estos niños(as) además, para controlar la posibilidad de incluirlos(as) al sistema educativo especial, entre otras opciones.

3. Preventivas: Conllevan educación sobre asociaciones que pueden haber a futuro, como complicaciones académicas y sociales que deben impedirse tempranamente con la intervención. También se plantea el seguimiento a los hermanos de los niños(as) en condición de retraso, por las asociaciones familiares en las alteraciones del lenguaje.

Las actividades de tipo educativo y asistencial se deben basar en las acciones por edad descritas anteriormente en la intervención individual. Desde el nacimiento hasta los 18 meses se recomienda utilizar este modelo para estimular lenguaje basado en los precursores de las tres dimensiones; contenido, forma y uso.

Para las edades desde los 18 meses hasta los 4 años 11 meses, las actividades descritas van orientadas a desarrollar de forma selectiva el lenguaje, según los hitos del desarrollo y los diferentes niveles del lenguaje: fonología, morfosintaxis, semántica y pragmática (ver intervención individual)

Observación en el hogar

Evaluación del Lenguaje: según pautas de cotejo se deben realizar en la primera o segunda sesión, para las modalidades de atención a domicilio. Se pueden realizar en el hogar en cualquier instancia que permita observar el funcionamiento del niño(a), durante el juego, la lectura de un libro, una conversación, o al observar la interacción con su padre, madre o cuidador.

Observación del entorno familiar: Quiénes están de forma frecuente con el niño(a), o pueden estimularlo de forma más regular. El estilo de interacción de estas figuras también es importante, si son permisivos y poco preocupados del niño(a), si son coercitivos y muy invasores del espacio de él o ella, etc.

Observación del entorno Físico: Observar el acceso del niño(a) al material didáctico que haya en el hogar, el acceso al televisor (del cual debe controlarse su uso). También se evalúa el nivel de accesibilidad del niño(a) a las cosas, que tan fácil o difícil le es por parte de sus cercanos obtenerlas, ya sea si adquiere cosas solo, pide sólo con gestos o pide adecuadamente con palabras-gestos según su edad, etc.

Educación: Es importante verificar si el niño(a) está

adscrito al sistema formal de educación preescolar: Jardín Infantil, Centro Abierto, Escuela de Lenguaje, Jardín Laboral, etc. Conocer con qué regularidad asiste y el desempeño que presenta (de ser necesario realizar coordinación directa con la Directora y/o Educadora de dicho centro de atención preescolar).

Juguetes y Materiales: Observar la presencia, cantidad y calidad del material didáctico con el que cuenta en niño(a). Es importante que cuente con juguetes acorde a su edad, desde los muñecos, móviles, etc. a edades tempranas. Luego los juegos de encaje, cubos o bloques armables, muñecos con objetos similares a los reales para realizar tareas de juego imaginativo, funcional. La presencia de libros de cuentos infantiles también es importante para el desarrollo de la narración. Es importante señalar que de no existir los recursos económicos, muchos de estos juguetes pueden ser confeccionados en casa, con material de desecho, por ejemplo una lámina de una revista donde aparezca la figura de un perro, pegarla sobre cartulina, dividirla en 6 u 8 partes iguales y utilizarla como rompecabezas. Utilizar botones con hoyos grandes para ser ensartados con aguja punta roma, con hilo de volantín

Recomendaciones generales para los padres, madres y cuidadores.

Acoge la intención de comunicación del niño(a) escuchándolo(a) activamente, detén lo que estés haciendo para escuchar, da tiempo y atención a las expresiones del niño(a) o niña.

Háblale mirándolo(a) a los ojos (de esta manera se concentrará en lo que usted está diciendo), lento y claro (si habla rápido su hijo(a) no le entenderá y dejará de atenderle).

Realizarun "baño depalabras": Convérsale frecuentemente a tu niño (a) sobre las cosas que realizas y sobre el entorno en el que se encuentran (por ejemplo; "mira, estoy haciéndote la papa, mira qué rica va a quedar...", etc.). Nombra frecuentemente las cosas cercanas a su niño (a), muéstreselas, etc.

Comenta también sobre lo que tu niño(a) está haciendo (por ejemplo, "mira estás tomando la papa", "uy, mira cómo estás moviendo tus brazos..."; etc.).

Con niños(as) preescolares no simplifiques tu lenguaje hablando como "niño(a)" o "guagua"; siempre usa tu lenguaje habitual, el cual puedes acortar haciendo frases más simples y con menos ideas para tu niño(a).

Si tu niño(a) dice algo parecido a lo que reconozcas como

una palabra, o si dice una palabra de forma errónea, no lo(a) corrijas directamente; repítela de la forma correcta varias veces usando varias oraciones para eso (por ejemplo; "to", "ooh, sí, el oso, mira el oso, ¿quieres que te pase el oso?, mira, aquí está el oso").

No lo corrijas ni le digas que empiece de nuevo a tu niño(a) si se equivoca, haz tal como dice arriba.

Agrega información nueva a lo que tu niño(a) dice (por ejemplo; "zapato", "Sí, el zapato rojo").

En las instancias cotidianas puedes hacerle preguntas abiertas para darle la oportunidad que conteste algo más amplio que un "sí" o "no" o sólo una palabra. Algunos ejemplos son: "¿Qué están haciendo afuera? ¿Qué es esto? ¿Qué estás haciendo? ¿Qué te parece si...?".

Al vestirlo, bañarlo, jugar con muñecos, etc., nómbrale las partes de su cuerpo, las de los muñecos, y que las reconozca, nombre, repita, etc.

Cántale canciones y más adelante canten juntos. Priorizar inicialmente canciones de cuna y más tarde canciones con gestos y mímica. Algunos grupos y discos de música infantil nacionales son: Mazapán, Zapallo, Cantando Aprendo a Hablar y Tiramisú.

Toda vez que te comuniques con tu niño(a), debe ser de forma clara, mirándolo(a) a los ojos, modulando claramente y una voz suficientemente fuerte para que te escuche, pero siempre amable en lo posible.

No debes facilitarle el trabajo a tu niño(a) o niña; si necesita algo, siempre intenta que lo pida con una palabra o alguna emisión para empezar, más que sólo gestos, así fomentarás en él o ella la necesidad de comunicarse con el lenguaje.

No compares el lenguaje de tu niño(a) con el de sus hermanos u otros niños(as); puede que su ritmo sea más lento, pero necesita sentirse siempre seguro(a) que lo está haciendo lo mejor posible.

No sobreprotejas a tu niño(a); deja que explore y conozca cosas nuevas, en un espacio seguro, claro está.

Recomendaciones Prácticas para los Padres y Familiares

Se adjuntan actividades diversas para la estimulación especifica del lenguaje por bloque etario en las tablas de sugerencias de acciones para la atención individual, de las cuales se pueden sacar recomendaciones especificas por edad.

Revise la interacción para fomentar lenguaje, entre los

niño(as) y padre, madre o cuidador.

- Le da al niño(a) suficiente tiempo diario y exclusivo.
- Le da al niño(a) suficiente espacio diario.
- Se baja a su altura para hablarle.
- Le habla directo mirándole a la cara.
- Adapta su lenguaje a las necesidades del niño(a).
- Tienen paciencia para esperar que el bebé emita una respuesta en la interacción. Ya sea una sílaba, mirada o sonrisa.
- Toman siempre en consideración la idea planteada por el niño(a).
- Saben la diferencia de hablarle al niño(a) (llenar al niño de lenguaje unilateral), y hablar con el niño (tocar temas significativos para el niño(a), tema que le interesan a él, de los cuales tiene contenido que emitir)
- No corrigen al niño(a) en forma directa, sino que modelan su lenguaje, si el niño(a) dice "zapato dojo", Ud. debe decir, "ah ya veo, tienes tus zapatos rojos" nunca le haga repetir la palabra mal pronunciada fuera de contexto, ya que ello daña su seguridad.
- Repiten extendidamente lo que dice el niño(a) con el objeto de ampliar el significado añadiendo una o dos palabras más al final de lo que repiten.
- Responden siempre positivamente ante cualquier comunicación que el niño(a) ofrezca
- No ayudan al niño(a) anticipadamente, esperan a que el tenga la oportunidad de dar una respuesta por sí solo.
- Pregunte preguntas abiertas ¿qué piensas de...?, ¿qué pasaría si...?, dime, ¿cómo crees que...?. Use preguntas que no se contesten con un sí, ni con un no, ni con un color, o respuestas basadas en una sola palabra.
- Preguntan evitando los por qué, cuantos, como te fue.
- Usa además comunicación gestual.
- Evitan obligar al niño(a) para que hable.
- En la lectura dialogada diaria, usar lenguaje que se refiera al mundo interno de los personajes, ¿Qué está pensando la...?, ¿Qué le gustara comer a...?, ¿Cómo se siente el...?. En vez de lenguaje descriptivo sobre cuántos objetos o sobre colores de los objetos. El uso de este tipo de lenguaje, llamado mentalizante, promueve un mayor conocimiento del mundo interno del niño(a).

Capítulo IX:

Registro, monitoreo e implementación de las modalidades de estimulación.

Esas orientaciones técnicas apuntan a elevar los estándares de atención en cada modalidad, sin embargo, el documento por sí solo no basta para llevar a la práctica todos sus contenidos técnicos. La implementación, el sistema de registro y de monitoreo de los datos son elementos indispensables para dar el contexto óptimo a las intervenciones de apoyo al desarrollo infantil y así aumentar la efectividad de estas.

I. Proceso de implementación.

La implementación de una intervención es un proceso que debe tener un alto acuerdo y convencimiento entre sus actores. La condición ideal es contar con una planificación y ejecución clara, con carta Gantt de procesos, de fases progresivas, que consideren todos los pasos necesarios para el logro de los objetivos propuestos.

Al respecto, existe múltiple evidencia que permite sostener que el proceso de implementación explica, en una alta proporción, el éxito de intervenciones complejas como lo son las intervenciones destinadas a fomentar el desarrollo infantil. Por ejemplo Wilson (2003)¹⁵⁹ señala que al revisar la efectividad de 221 programas de prevención de conductas agresivas en la escuela, la implementación fue el segundo factor más importante que influenció los resultados. En la misma línea, Derzon (2005) establece que una adecuada implementación podría hacer que un programa fuera hasta 12 veces más efectivo.

Toda implementación requiere la existencia previa de un sistema de registro para obtener la información necesaria y retroalimentar este proceso. Así entonces, el monitoreo constante y frecuente de los datos administrativos generados por los profesionales de las modalidades de estimulación, permite observar cómo evoluciona la implementación de una intervención y cómo las innovaciones o mejoras pueden modificar la tendencia de algún indicador de proceso.

Los programas e intervenciones que intentan mejorar su ejecución a través del monitoreo son 3 veces más efectivos que los que no lo hacen. Múltiples estudios han demostrado además que un monitoreo temprano de la implementación, seguido rápidamente por medidas correctivas, permitiría duplicar la fidelidad en la gran mayoría de los prestadores 162

A través de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) de salud, el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC) y el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo (SRDM) se cuenta con los insumos mínimos para realizar una vigilancia permanente de las salas y modalidades de estimulación. La existencia de estos insumos no descarta la generación de indicadores en contextos específicos de implementación, los que permitan dar cuenta de un problema particular o de la evolución del mismo tras implementar una mejora.

Entre los posibles usos de esta información se encuentran: evaluar la cobertura de una intervención, observar la distribución territorial, demográfica y social de la prevalencia de alguna condición en la población beneficiaria y observar tendencias (aumento o disminución) en la demanda, entre otros.

II. Monitoreo de los datos Sala de Estimulación REM – 2012.

A continuación se presenta un resumen del estado actual de los servicios ofrecidos en salas de estimulación de los centros de salud y se realiza un breve perfil de los beneficiarios según los datos disponibles en los Registros Estadísticos Mensuales del año 2012 (enero a agosto).

La Unidad Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud ha dispuesto de una serie de herramientas de libre acceso y uso

 $^{159 \} Wilson, S; Lipsey, M; Derzon, J. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology: \\ 71(1):136-49.$

¹⁶⁰ Derzon, J.; Stein-Seroussi, A.; and Ringwalt, C. (2005). SAMHSA's Supplemental Prevention Outcome Measures. Pacific institute for research and evaluation. Disponible en: www.pire.org

¹⁶¹ DuBois, D; Holloway, B; Valentine, J & Cooper, H. (2002). Effectiveness of Mentoring Programs for Youth: A Meta-Analytic Review. American Journal of Community Psychology, Vol. 30, No. 2,

¹⁶² Greenwood, C; Tapia, Y; Abbot, M & Walton, C. (2005) A Building-Based Case Study of Evidence-Based Literacy Practices. Implementation, Reading Behavior, and Growth in Reading Fluency, K—4.The journal of special education. ISSN 1538-4764

para profesionales de gestión y de las modalidades; para facilitar el acceso a la información, entre las que se encuentran:

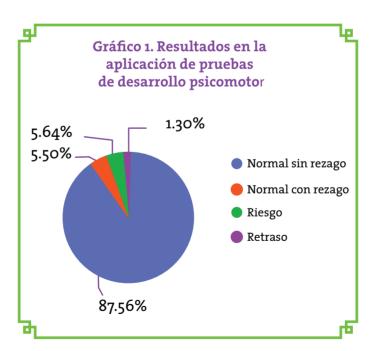
- La plataforma de reportabilidad de indicadores basados en los Registros Estadísticos Mensuales y de Población Bajo Control. Disponibles en el blog www.chccsalud.cl
- **Los mapas digitales** en los que se colorean las comunas del país según la distribución de diversos factores de riesgo, entre otros. disponibles en el blog <u>www.chccsalud.cl</u>

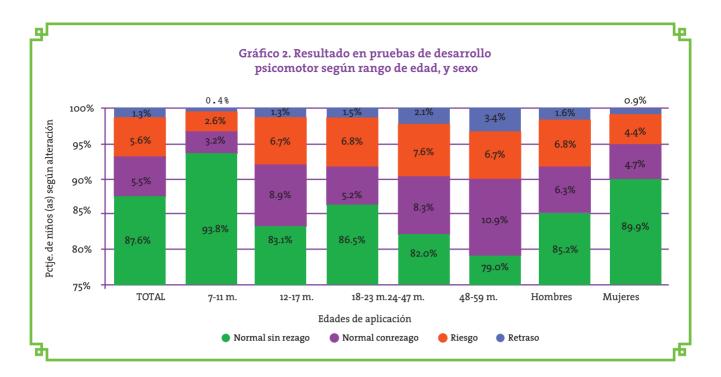
a) Prevalencias de alteraciones del desarrollo psicomotor

A nivel nacional un 12,44% de los niños(as) entre 7 y 59 meses presentan alguna alteración en su desarrollo psicomotor. La proporción de niños(as) con rezago y riesgo alcanzan un 5,50% y un 5,64% respectivamente, mientras que un 1,3% del total de evaluados, presenta retraso en su desarrollo.

Al observar la distribución de los resultados según las edades de los niños(as), se puede apreciar claramente un incremento sostenido del rezago, el riesgo y el retraso a medida que aumenta la edad, a excepción del rezago entre los 12 y 17 meses la tendencia es sostenida. Mientras que en el rango de los 7 a 11 meses la proporción de niños(as) con alteraciones alcanza un 6,2% este se incrementa en 3,4 veces llegando a un 21,04% entre los 48 a 59 m. Entre los rangos de los 7 a 11 m. y los 12 a 17 m. se produce la variación más drástica del todas las categorías alteradas. El retraso aumenta un 234,9%, el riesgo un 161,08% y el rezago un 172,90%

Se puede observar que las diferencias de los resultados entre hombres y mujeres son significativas y éstos se acrecientan mientras más grave es la alteración. El rezago, el riesgo y el retraso son, respectivamente, un 26,1%, un 34,79% y un 41,94% más en hombres que en mujeres.

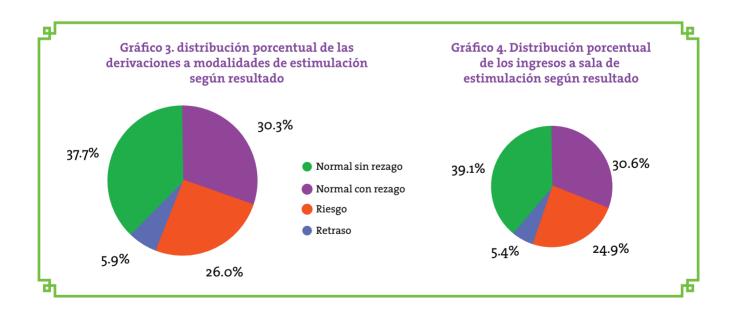




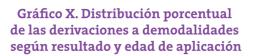
Acceso a salas de estimulación y modalidades de estimulación

Durante el año 2012, al comparar la distribución porcentual de la derivaciones a modalidades en relación a los ingresos a sala de estimulación según resultado en la pruebas de desarrollo psicomotor se observa una distribución similar en donde el 37,7% y el 39,1% respectivamente corresponden a la categoría otra vulnerabilidad.

Al desagregar la distribución porcentual de las derivaciones e ingresos a modalidad y sala respectivamente se puede observar que esta situación se acrecienta en el rango de los 12 a los 17 meses y 48 a 59 meses y disminuye entre los 18 y 23 meses.



لو



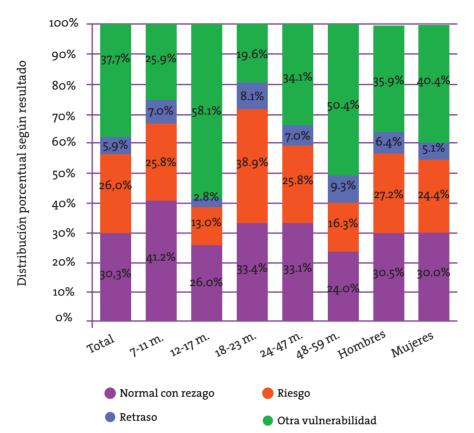
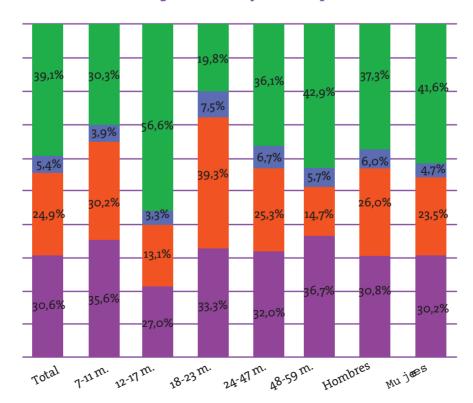


Gráfico X. Distribución porcentual de los ingresos a sala de estimulación según resultado y edad de aplicación



Rangos de edad de aplicación

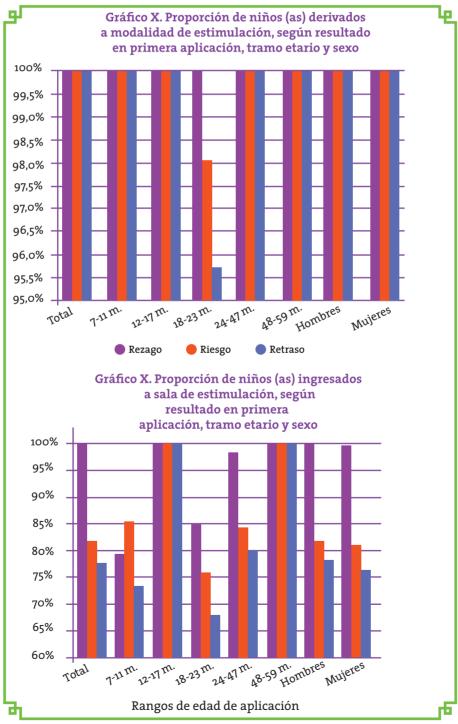
c) Ingreso según resultado y edad

En relación al resultado de la primera aplicación de las pruebas de desarrollo, el 100% de niños(as) es derivado a alguna modalidad de estimulación. Los datos existentes en el REM tienen un alto grado de inconsistencia, por lo que es necesario interpretar con cautela esta información. Aun así el tramo de 18 a 23 es el único que desciende del 100%. Cabe recalcar que en el tramo de los 18 a 23 meses se observa una menor proporción de derivación de los niños(as) retraso, en relación a los con riesgo y rezago, siendo los primeros mucho menores en cantidad y siendo prioridad para el ingreso a la oferta de estimulación.

En cuanto al ingreso a sala de estimulación se observa una situación similar, a nivel agregado, el 100% de los niños(as) con rezago ingresa a sala de estimulación, proporción que desciende hasta el 81,8% para los niños(as) con riesgo y a un 77,8% para los niños(as) con retraso. Esta situación se repite en el tramo etario de 18 a 23 meses, 24 a 47 meses, para hombres y mujeres.

Cabe destacar que en el tramo de mayor aumento en relación al tramo anterior, tanto la derivación como el ingreso





t

u

o IX

Al analizar los datos, se observa una alta dispersión tanto en las derivaciones como en los ingresos a sala de estimulación entre Servicios de Salud en el resultado de Retraso y el tramo etario de 12 a 17 meses.

El rango de 12 a 17 meses, es donde más aumenta la prevalencia en alteraciones del desarrollo psicomotor respecto al tramo anterior, observándose en promedio un menor acceso a la oferta y donde mayor heterogeneidad existe entre las proporciones de derivación e ingreso a modalidad y sala respectivamente entre Servicios de Salud.

Recuperación del desarrollo psicomotor

A nivel nacional el 80,5% de los niños(as) re-evaluados se recuperan. A excepción del tramo etario de 48 a 59 meses se observa una tendencia sostenida en la disminución de la proporción de niños(as) que se recupera a medida que avanza la edad. Nuevamente se observa que los niños(as) con retraso acceden menos a las intervenciones realizadas en modalidades y salas de estimulación y a la vez se recuperan menos, siendo critica el tramo etario de 18 a 23 meses donde se observa una de las menores proporciones de recuperación alcanzando sólo el 29,8%. Cifras similares se observan en el tramo de 7 a 11 meses en la recuperación de rezago y riesgo, alcanzando sólo un 28,1% y un 39,0% respectivamente.

Los hombres tienen una mayor incidencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor y se recuperan menos. Esta diferencia se acentúa en los niños hombres con retraso en la primera evaluación. Resultados disimiles se observan en la derivación de niños(as) con resultado de déficit en la re-valuación, la que decrece a medida avanza la edad a excepción del tramo etario de 24 a 47 meses.

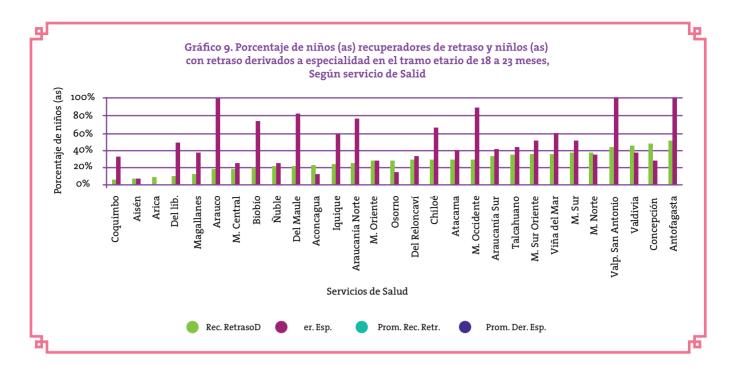
او	Total	Rezago	Riesgo	Retraso	Derivación
Total	80,5%	43,2%	58,3%	32,1%	70,4%
7-11 m	86,3%	28,1%	39,0 %	100,0%	100,0%
12-17 m	83,7%	75,0%	87,3%	100,0%	58,3%
18-23 m.	81,3%	40,0 %	61,5%	29,8%	56,7%
24-47 m.	79,5%	44,9%	55,5%	32,4%	82,7%
48-59 m .	84,0%	100,0%	100,0%	77,1%	56,3%
Hombres	78,9%	44,0 %	56,6%	29,9%	67,6%
Mujeres	83,1%	42,1%	60,9 %	36,0%	76,0 %
Gráficos	─	/			\
h		•	·		

Tabla 1.- Porcentaje de niños(as) recuperados y derivados según tramo etario, edad y resultado

A continuación se observa un gráfico del tramo etario en donde existe la menor proporción de recuperación de los niños(as) con retraso y coincidentemente donde existe una menor derivación a especialidad.

^{**} sólo en relación a los que fueron reevaluados

^{*} en relación a los evaluados en la primera aplicación (cobertura efectiva)



Al analizar los datos, se observa también una alta heterogeneidad entre Servicios de Salud en la derivación a especialidad, en la que se sobrepasa el coeficiente de variabilidad en todos los tramos etarios.

III. Registro de la atención en las modalidades de apoyo.

Toda atención en sala de estimulación en centro de salud u otra modalidad de apoyo al desarrollo debe ser registrada adecuadamente.

¿Cuál es el objetivo del Registro?

Esencialmente, permite contar con la información necesaria, pertinente y actualizada para orientar la toma de decisiones en pos del mejor funcionamiento de la modalidad y el cumplimiento de sus objetivos, que se expresa tanto en su uso en la gestión al interior de la modalidad, como a nivel comunal, de los servicios de salud, regional y central. Ello se refiere no sólo al monitoreo periódico de los indicadores y metas de cumplimiento asociados a cada modalidad ¹⁶³, sino también a la identificación oportuna de las necesidades existentes para el logro de un óptimo servicio de estimulación temprana, que permita realizar las planificaciones, asignaciones y/o reasignaciones presupuestarias acordes a las características específicas de la modalidad y de su población beneficiaria (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, entre otros). Finalmente, el registro es lo que permite orientar las políticas públicas con pertinencia a las realidades de cada territorio y actualizar/focalizar las mismas de acuerdo a la evolución que se va observando en la población beneficiaria.

Los registros pertinentes para estas orientaciones incluyen los relacionados con la atención cotidiana de los niños(as) y sus familias, como el registro estadístico de las atenciones en la sala de estimulación u otra modalidad:

Atención cotidiana:

- Registro para la citación de niños(as): SOME, agenda electrónica, carnet de citaciones, otro.
- Registro local: uso del tarjetero, cartola familiar, formulario de plan de intervención, otro.
- Registro en Cuaderno de Salud del Niño y la Niña: registrar fecha y tipo de atención y fecha de egreso de sala u otra modalidad.
- Registro de la información: uso de la ficha clínica, uso del cuaderno de registro.

Registro estadístico:

Existen actualmente diferentes plataformas de registro estadístico para el monitoreo y gestión de las prestaciones en sala de estimulación en centro de salud u otra modalidad de apoyo al desarrollo infantil. A continuación se detalla cada una de ellas:

- a) REM: Registro Estadístico Mensual
- b) SIGEG: Sistema de Gestión de Convenios
- SRDM: Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo

Registro Estadístico Mensual (REM):

Plataforma de registro que se usa en el ámbito de la salud, para sala de estimulación y otras modalidades que funcionan en establecimientos de salud:

Para facilitar el trabajo en el registro y validación de los datos estadísticos mensuales, es importante conocer la información recopilada de los Manuales Series REM del año en curso de los indicadores evaluados. A modo de ejemplo, se señalan a continuación algunas definiciones y celdas de registro de los indicadores del Manual REM, año 2012-2013 164.

• A10: Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación

N°	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	COD	COL	Medio de verificación	Columa	Fila
		Número de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación,			06902602	COLINA	REM A05		51 a 52
410			n resultado de déficit en el en la primera evaluación, timulación 90,00% 20,00%	·	51 0 52				
	en la primera evaluación, ingresados a	Número de niños(as) con resultado de déficit en		21 a 22					
		EEDP y TEPSi en la primera evaluación		21 9 22					

Numerador:

SECCIÓN F: INGRESOS A SALA DE ESTIMULACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD										
				POR	EDAD			POR S	EXO	
NIÑO / A (CON)	TOTAL	Menor 6 meses	7 - 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses	Hombres	Mujeres	
NORMAL CON REZAGO										
RIESGO										
RETRASO										
OTRA VULNERABILIDAD										

<u>Ingresos a sala de estimulación</u>: corresponde a los niños y niñas que ingresan por primera vez a la sala de estimulación del establecimiento de salud, derivados por un profesional que detectó en el control de salud una condición de rezago, riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor, u otra vulnerabilidad biopsicosocial que pudiese afectar su normal desarrollo.

Se clasifican en: Normal con rezago, riesgo, retraso y otra vulnerabilidad (o riesgo biopsicosocial).

La detección de esta vulnerabilidad puede realizarse a través de evaluación en control de salud, Pauta de Detección de Riesgo Biopsicosocial para ingreso a MADI (Anexo 1), u otro instrumento disponible para ello.

Denominador:

SECCIÓN A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS									
CONCEPTOS	TOTAL	UN PROFESIONAL	DOS O MÁS PROFESIONALES	UN PROFESIONAL Y UN TÉCNICO PARAMÉDICO	PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA				
Familia con niño prematuro									
Familia con niño recién nacido									
Familia con niño con déficit del DSM									
Familia con niño en riesgo vincular afectivo									
Familia con niño < 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía									
Familia con niño malnutrido									
Familia con niño con Riesgo Psicosocial (Excluye Vincular Afectivo)									
Familia con adolescente en riesgo o problema psicosocial									
Familia con integrante con patología crónica descompensada									
Familia con adulto mayor dependiente (excluye dependiente severo)									
Familia con adulto mayor con demencia									
Familia con adulto mayor en riesgo psicosocial									
Familia con gestante (cualquier edad) en riesgo psicosocial									
Familia con gestante en riesgo biomédico									
Familia con integrante con enfermedad terminal									
Familia con integrante Alta Hospitalización precoz									
Familia con integrante con dependencia severa									
Familia con otro riesgo psicosocial									
Visita de primer contacto (conocer entorno familiar)									

Se registran los resultados de la totalidad de las aplicaciones de EEDP o TEPSI efectuados como Primera evaluación o Reevaluación, clasificados en Normal (proveniente de rezago, de riesgo, de retraso), Normal con Rezago, Riesgo y Retraso, por edad y por sexo de los niños (as) atendidos.

En derivados a especialidad se registrarán los casos detectados en Riesgo y Retraso, por grupo de edad y sexo de los niños(as) atendidos, que después de la intervención siguen sin recuperarse de su estado inicial.

La suma de los resultados de las aplicaciones realizadas en primera evaluación y reevaluación debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A en "Test de Desarrollo Psicomotor", según edad.

Visita Domiciliaria Integral: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, esta visita es solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué grado de necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo y acompañamiento al grupo familiar". Esta actividad debe ser acordada con la familia.

En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. Para efectos de registro en REM-17A, se asigna la prestación al que hace de cabecera del equipo.

B5: Porcentaje de niños(as) con rezago derivados a modalidad de estimulación

N°	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	COD	COL	Medio de verificación	Columa	Fila
		Número de niños(as) con rezago derivados a modalidad de estimulación	80,00%	6.67%	02021790	COL01	REM AD3 Sección C	С	33
БЭ	de estimulación	Número de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSi en la primera	60,00%	0,07%	05225303	COL01	REM AB3 Sección B	С	20

Numerador:

SECCIÓN C: NIÑOS Y NIÑAS CON REZAGO, DÉ	FICIT U OTRA	VULNERABIL	IDAD DERIVA	DOS A ALG	UNA MODA	ALIDAD DE	ESTIMULA	CIÓN EN L	A PRIMERA	EVAI
				POR EDA	ND O			POR SEXO		
NIÑO / A	TOTAL	Menor 6 meses	7 - 11 meses	12 - 17	18 - 23	24 - 47	48 - 59	Hombres	Mujeres	
		Pierior 6 meses	/ - II meses	meses	meses	meses	meses	Hombres	Hajeres	
NORMAL CON REZAGO										
RIESGO										
RETRASO										
OTRA VULNERABILIDAD										

Corresponde a los niños(as) que les fue aplicada la escala de evaluación de DSM, con resultado "Normal con rezago", en la primera evaluación, siendo derivados a estimulación.

Denominador:

		TOTAL		POREDAD							
ACTIVIDAD	RESULTADO		7 - 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses	Hombres	Mujeres		
	NORMAL										
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL CON REZAGO										
	RESGO										
	RETRASO										
	NORMAL (de rezago)										
	NORMAL (de riesgo)										
REEVALUACIÓN	NORMAL (retraso)										
HEEVALUACIUN	NORMAL CON REZAGO										
	RESGO				Î						
	RETRASO										
DERIVADOS A ESPECIALID	AD										

Se registran los resultados de la totalidad de las aplicaciones de EEDP o TEPSI efectuados como Primera evaluación Normal con Rezago, de los niños (as) atendidos.

Sistema de Gestión de Convenios: SIGEC

Para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, financiadas por el Ministerio de Desarrollo Social, es necesario el registro de los niños y niñas beneficiarios del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI), en una plataforma específica denominada SIGEC, a la que se accede a través de la siguiente dirección electrónica: http://sigec.mideplan.cl/sigec/

Para los efectos de estas orientaciones técnicas es necesario indicar:

- Por convenio de transferencia de recursos, y por exigencias del organismo contralor, es necesario que toda entidad ejecutora de recursos reporte la atención de beneficiarios/as y el cumplimiento de las tareas para las que se disponen los recursos.
- Por tanto todas las municipalidades que participan del FIADI deben realizar este reporte, y tener a una persona responsable de dicha tarea, que cuente con acceso a la plataforma a través de un nombre y clave de acceso.

Los contenidos del Reporte de Beneficiarios/as del FIADI en el SIGEC tienen la estructura que se describe a continuación. Dicha plataforma tiene un manual de usuario, que puede descargarse desde la misma plataforma. Todas las comunas con convenio de transferencia firmado, pueden acceder a través de la página del SIGEC a su formulario de reporte de beneficiarios.



Este Formulario electrónico cuenta con las siguientes secciones:

- Información General. Se ingresa la información específica del proyecto y los datos de quien coordina el mismo.
- Descripción por modalidad. Se ingresa la información específica de la modalidad o modalidades implementadas por las comunas.
- Cada una de las hojas de modalidades contiene la descripción de la misma, una descripción cualitativa, y el registro de beneficiarios propiamente dicho.

Los campos de ingreso de información en el Registro de Beneficiarios del FIADI son los siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD

Incluye:

- Nombre de la Encargado/a de la Modalidad.
- Cobertura comprometida por convenio.
- Cobertura efectivamente atendida al momento de la entrega del reporte. Este se entrega de manera trimestral, pero puede ingresarse información diariamente.
- Institución de la Red Local donde funciona la modalidad,
- Dirección Física de la modalidad.

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA ACTIVIDADES

Consiste en la descripción de las acciones que llevado a cabo la municipalidad beneficiaria del FIADI para la instalación de la modalidad comprometida por proyecto.

REGISTRO DE BENEFICIARIOS.

Dentro de los campos de ingreso de información en el Registro de Beneficiarios del FIADI estan los siguientes:

- Información General
- Mecanismo de Ingreso a la Modalidad: indica cómo ingresó el niño(a) a la modalidad.
 Es importante señalar que la demanda espontánea es sólo como mecanismo de ingreso inicial. Se requiere que el niño(a) sea oportunamente evaluado por el área salud o la profesional de la modalidad capacitada/ certificada para ello. Esta condición no puede mantenerse al momento del informe final del reporte de beneficiarios.
- Pauta de Evaluación Aplicada al Ingreso: indica la pauta de evaluación que se aplico al niño(a) al momento de ingresar a la modalidad. Las opciones son, TEPSI, EEDP, PRBPS, OTRA, Otra desde Control de Salud,
- N° Intervenciones Programadas: indica el número de intervenciones programadas para el niño(a). Debe ser concordante según diagnóstico y plan de intervención acorde señalados en estas Orientaciones Técnicas.
- Diagnóstico de Entrada 2012: indica el diagnóstico de ingreso del niño(a) la modalidad. Las opciones son, Normal, Riesgo, Rezago, Retraso Psicomotor Secundario a Condición Médica de Base, Retraso Psicomotor no Secundario a Condición Médica de Base, Riesgo Biopsicosocial
- Causal de Egreso 2012: indica la causa por la que el niño(a) egresó de la modalidad de intervención durante la ejecución del proyecto año 2012. Las opciones son, Cumplimiento de Objetivo, Edad, Derivado/da a Otra Modalidad, Continúa en Intervención, Abandono de la Intervención
- Pauta de Evaluación Aplicada al Egreso 2012: indica la pauta de evaluación que se aplicó al niño(a) al momento de egresar de la modalidad de intervención, proyecto año 2012. Las opciones son las mismas que al ingreso a la modalidad, e incluye "No Aplica" para el caso de resultado final "Continúa en Intervención" y "Abandono de la Intervención".

- Resultado 2012: indica el resultado de la pauta de egreso aplicada al egreso de la modalidad. Las opciones son las mismas que para el ingreso a la modalidad, e incluye "No Aplica", dados los casos descritos en la opción anterior.
- N° Total de Intervenciones Individuales: indica el número de sesiones individuales efectivamente realizadas con el niño(a). Esto en el entendido que una sesión "individual" siempre se hará en presencia de la madre, el padre, o cuidador del niño(a).
- Duración Sesión Individual: indica el tiempo de duración de la sesión individual.
- Frecuencia de Atención Individual: indica cuantas veces a la semana, mensual u otra frecuencia de atención se dio al niño(a).
- N° Total de Intervenciones Grupales: indica el número de sesiones grupales en las que efectivamente participó el niño(a) y/o su cuidador.
- Duración Sesión Grupal: indica el tiempo de duración de la sesión grupal.
- Frecuencia de Atención Grupal: indica cuántas veces a la semana, mensual u otra frecuencia de atención se dio al niño(a).
- N° Total de Intervenciones Familiares: indica el número de sesiones familiares realizadas con la familia, en las que efectivamente participaron.
- Duración Sesión Familiar: indica el tiempo de duración de la sesión familiar.
- Frecuencia de Atención Familiar: indica cuantas veces a la semana, mensual u otra frecuencia de atención se dio a la familia.
- Fecha Término: indica la fecha en que se concluyó con las intervenciones del niño(a), y se entregó el diagnóstico de egreso.
- Fecha de Intervención Individual N°1: indica la fecha en que se dio la primera intervención individual al niño(a). Se continúa registro de fecha de intervención hasta la opción número 20 (según diagnóstico y plan de intervención correspondiente).
- Fecha de Intervención Individual N^2 Fecha de Intervención Individual N^3 Fecha de Intervención Individual N^4 etc.

Las intervenciones grupales y familiares, también permiten ser reportadas una a una, hasta la opción número 20, e ingresar la fecha en que se efectuó cada una. Estos datos permitirán verificar la información entre el número de intervenciones programadas y las efectivamente realizadas. Esta información debe además estar contenida en las fichas de atención al niño(a).

c) Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo: SRDM

Corresponde a la plataforma de registro de Chile Crece Contigo, que forma parte del sistema de Registro de Información Social (RIS), del Ministerio de Desarrollo Social. Tiene por objetivo constituir el soporte de información y comunicaciones para realizar la coordinación y supervisión de las acciones de acompañamiento y seguimiento de la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas beneficiarios.



Para efectos de estas orientaciones es necesario conocer que tanto las modalidades que operan a través del convenio PADB como las que operan a través de convenios FIADI, definen dentro de sus acciones, el registro de información referida a prestaciones que recibe el niño(a), particularmente en relación con la información que permita activar alertas de vulnerabilidad en la población beneficiaria y las prestaciones que de ello se deriven, ver capítulo V.

En términos generales, a través del SRDM se permite:

- Visibilizar la atención de gestantes, niños y niñas, monitoreando la trayectoria de desarrollo de la población beneficiaria caso a caso.
- Generar alertas de vulnerabilidad, activar derivaciones y favorecer acceso a las prestaciones o acciones correspondientes del Subsistema.
- Visibilizar las alertas de vulnerabilidad a todos los actores de la red comunal y favorecer con ello una adecuada gestión intersectorial de los casos.
- Monitorear la activación de las acciones y prestaciones de ChCC para el componente de salud y la red comunal.
- Obtener reportes que permiten dar cuenta de la realidad comunal, tanto en el ingreso de datos como de la gestión local respectiva.
- Generar listados de gestantes y/o niños o niñas que permitan apoyar gestión de casos o problemáticas específicas con otras instituciones de la red básica y ampliada.
- Apoyar la gestión intersectorial del Subsistema a nivel local, regional y central.
- Verificar antecedentes administrativos relacionados con los requisitos para acceder a beneficios.
- Realizar en línea la labor que actualmente ejecutan manualmente los municipios con la población objetivo del sistema
- Aportar al cumplimiento de las garantías de la Ley 20.379

o

ΙX

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

Como se mencionó previamente, existen funciones específicas del/la Encargado de Modalidad y el/la Encargado Comunal ChCC en el uso de los módulos del SRDM, los cuales se describen brevemente a continuación:

Módulo de Digitación:

- Definición: Módulo que permite ingresar la información que es reportada por las redes comunales sobre las prestaciones hacia los beneficiarios del CHCC.
- Objetivo: Visibilizar las prestaciones del CHCC.
- Tipo de usuarios: Todas quienes realizan prestaciones con la población beneficiaria del CHCC en el PADB y modalidades en convenio a través del FIADI.



Ejemplo Ingreso caso nuevo niño(a



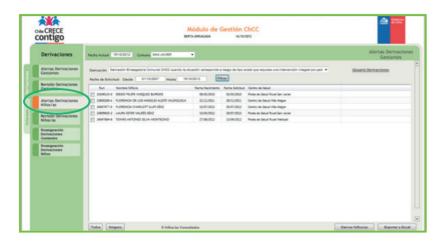
Módulo de Gestión:

- Definición: Módulo que permite realizar gestión con la información que es ingresada por las redes comunales sobre las prestaciones hacia los beneficiarios del CHCC.
- Objetivo: permite realizar en línea lo que hoy realizan las redes comunales en papel (Derivaciones en línea), de igual modo permite monitorear las prestaciones que recibe la población beneficiaria.
- Tipo de usuarios: Encargados Comunales y Sectorialistas de la red comunal.
- ¿Cómo opera?:
 - A través del Encargado Comunal.
 - Generando derivaciones en línea hacia los sectorialistas de la red comunal. (individuales o masivas)
 - Sectorialistas ingresan las acciones pertinentes de sus áreas. (Social, FPS, Discapacidad, Puente, Educación, Vivienda, Omil y Salud)
 - Finalmente el Encargado Comunal aprueba o rechaza las acciones ejecutadas por los sectorialistas.

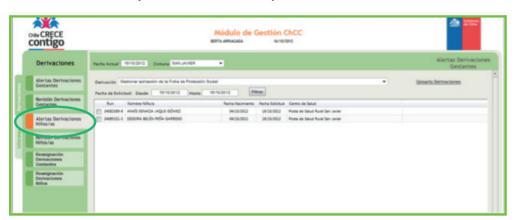


A modo de ejemplo, se grafican a continuación algunas acciones posibles de realizar en este módulo:

Activar alertas de vulnerabilidad y derivaciones según caso



Realizar derivaciones (individuales o masivas) a sectorialistas



Monitorear el estado de las derivaciones



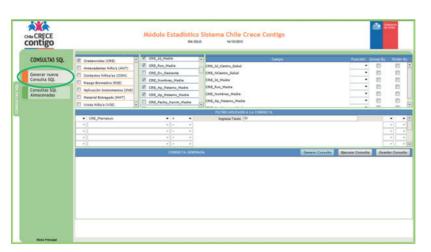
Módulo Estadístico:

- Definición: Módulo que permite monitorear y tomar decisiones en pos de la mejor atención de niños y niñas, en base a la información que posee la plataforma del CHCC
- Objetivo: permite generar reportabilidad a la medida, con todas las bases de datos que se generan en la plataforma a nivel comunal.
- Tipo de usuarios: Encargados Comunales.

A continuación se describen algunas de las acciones posibles en este módulo:

- Generar informes con listado de niños(as) ingresados en el sistema:
- Realizar consultas en módulo estadístico

Ejemplo Consultas en módulo estadístico





Supervisión de la atención en las modalidades de apoyo al desarrollo infantil

I. Aspectos generales

La importancia de la supervisión de actividades realizadas en la sala de estimulación en el centro de salud y en las otras modalidades implementadas por la red local ChCC, radica en homogeneizar los estándares de atención a niñas(os), acceder a la información de los equipos locales respecto a los logros y dificultades en el trabajo cotidiano de las modalidades, y proporcionar un espacio de aprendizaje colaborativo y auto reflexión por parte de los profesionales que trabajan en sala junto a sus referentes técnicos de los Servicios de Salud y SEREMIS de Desarrollo Social cuando corresponda. Ello con el fin de facilitar la mejora continua en la gestión y funcionamiento de las modalidades, favorecer la superación de las dificultades que se presenten en los procesos de atención y permitir con ello el cumplimiento efectivo de los objetivos establecidos en los planes de intervención de los niños(as) beneficiarios.

a) Objetivo

Favorecer que las intervenciones de estimulación temprana sean eficientes (rendimiento óptimo acorde a recurso humano idóneo y suficiente, infraestructura y equipamiento adecuados) y efectivas (logro de los objetivos establecidos en los planes de intervención en la población beneficiaria).

Es importante que exista periodicidad y flexibilidad en las supervisiones, puesto que los aprendizajes de la experiencia requieren cierta estabilidad a través del tiempo, pero a su vez hay factores que influyen en la atención de los usuarios en sus realidades locales como la dispersión geográfica, índices de alta ruralidad, condiciones climáticas en zonas extremas, etc.

b) Responsables

Los responsables directos de realizar las supervisiones a las actividades realizadas en las salas de estimulación en centros de salud son las Gerencias de los Servicios de Salud, ya sea el/la Gerente y/o funcionarios del Servicio de Salud designados para ello, o Encargados del Programa Infantil en coordinación con equipo de Gerencia ChCC.

Para efectos de modalidades implementadas por la Red Local ChCC, cuya dependencia no sea exclusiva del sector salud, o modalidades financiadas por el Ministerio de Desarrollo Social, son responsables también de la supervisión las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Desarrollo Social, a través de los Encargados(as) Regionales ChCC y/o funcionarios de las SEREMIAS designados para ello.

La supervisión se considera una actividad fundamental para el adecuado trabajo de la modalidad en la red local. Por ello se recomienda la realización de supervisiones conjuntas en que participen tanto los referentes técnicos de salud a través de las Gerencias ChCC, como los representantes de las SEREMIAS de Desarrollo Social. Asimismo, se recomienda la realización de actividades periódicas de supervisión comunal conjunta entre los referentes comunales de salud y desarrollo social, a través de los encargados de infancia, encargados comunales ChCC, y/o profesionales de apoyo de ambos sectores.

Frecuencia

Para las salas de estimulación en el centro de salud, se sugiere que las supervisiones se realicen con una periodicidad semestral, según los cortes de junio y diciembre de los REM y/o SIGEC, cuando la Gerencia y/o Seremía lo decida si existe alguna razón que lo amerite, cuando se detecte la necesidad en la red comunal, o cuando el profesional de sala lo solicite. Es recomendable que se avise con antelación por parte del Servicio de Salud, y se acuerde una fecha de supervisión en las modalidades implementadas en centros de salud.

En la supervisión de la implementación y ejecución de proyectos FIADI, se sugiere la programación de supervisiones al menos 3 en momentos, de acuerdo a lo descrito en cuadro a continuación.

Ъſ

	Aspectos clave de la supervisión según el momento de implementación de la modalidad						
	Visita inicial	Visita intermedia	Visita de seguimiento				
Tipo de Modalidad	Una vez aprobados los procesos requeridos para la transferencia de recursos	Una vez inaugurada o implementada la modalidad	Durante la ejecución del proyecto.				
Servicio Itinerante							
Sala de estimulación en							
recinto de la comunidad							
Atención domiciliaria							
Ludoteca							
Mejoramiento de competencias							
Mejoramiento de modalidad ya existente.							
Extensión de modalidad de estimulación ya existente.							

II. Pautas de supervisión

Para las salas de estimulación en el centro de salud:

En el Anexo 10 se propone una pauta de supervisión, susceptible de modificar según parámetros locales, esta debe ser llenada antes de la supervisión en sí, y evaluar sus contenidos al iniciar la actividad, con el fin de estructurar adecuadamente la entrevista de supervisión. La calidad de la entrevista y la visita en terreno son lo más importante, la pauta es sólo una herramienta de sirve de guía y de evidencia de logros en el proceso que implica una supervisión.

Las dudas que se presenten para el llenado deben ser consultadas a los referentes técnicos antes de la supervisión a fin de hacer más expedito el proceso y poder dedicar el tiempo de supervisión a la revisión de los temas de contingencia, como pueden ser la falta o sobrecarga de derivaciones a sala de estimulación u otra modalidad, la falta de recurso humano, los desperfectos del espacio físico y/o equipamiento, las dificultades en los procesos de atención u otros aspectos que puedan afectar el óptimo funcionamiento de la modalidad y los resultados esperados en la atención de niños(as) y sus familias.

Al final de la entrevista de supervisión la pauta debe ser firmada y timbrada por el o la profesional, en la parte de los comentarios se deberán colocar compromisos, acuerdos, tanto por el establecimiento como por los referentes técnicos de los Servicios de Salud y/o Seremías cuando corresponda.

b) Para las modalidades de apoyo en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social a través del FIADI:

Asimismo, para efectos de las modalidades en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social a través del FIADI, se requiere el uso de la pauta de supervisión de proyectos para encargados(as) regionales ChCC (Anexo 9), que se incluye en los reportes y estándares de supervisión establecidos en la modalidad de operación de las mismas y se encuentra también disponible a través del SIGEC (ver acápite "Registro).

Finalmente, en Anexo 2 se adjunta pauta para uso en la supervisión comunal, orientada al monitoreo y mejoramiento continuo de la calidad de atención en las modalidades ¹⁶⁵. Dicha pauta constituye una herramienta general para la

identificación del estado actual de la modalidad en relación con variables de infraestructura, procesos y resultados, establecer las brechas y favorecer la implementación oportuna de acciones de mejoramiento, a través de la formulación y ejecución de proyectos FIADI u otras acciones pertinentes.

Se recomienda incluir en la supervisión no sólo a las modalidades de reciente implementación, sino también a las modalidades de perfeccionamiento de la oferta de intervención ya existentes en el territorio.

III. Estándares de supervisión para el diseño y ejecución de proyectos FIADI en las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil166

Las estrategias de las actividades de asistencia técnica y supervisión para el cumplimiento de los estándares de atención, pueden agruparse en 3 áreas:

Asistencia técnica para la elaboración del proyecto

Para la elaboración y presentación del proyecto, realizada por los encargados regionales ChCC a la Red Comunal, considerando que la propuesta:

- Emane de un diagnóstico elaborado por la red en su conjunto.
- Sea pertinente a la realidad local
- Se ajuste a las líneas postulables por el fondo.
- Sea sustentable en el tiempo
- Cumpla con los criterios definidos en la modalidad de operación del Fondo: Enfoque integrador, enfoque ecológico, enfoque territorial y complementariedad, durante el:
 - Proceso de aprobación total o parcial de los proyectos y la generación del acuerdo operativo
 - Proceso de elaboración de convenios y transferencia de recursos
 - Proceso de cierre y rendición de cuentas del proyecto

Supervisión de la ejecución del proyecto

Una vez iniciada la ejecución del proyecto, se considera esencial el contar con supervisión y asistencia técnica sistemática, tanto en relación con los criterios de calidad en la atención directa de beneficiarios, como en relación a los aspectos de gestión necesarios para la adecuada ejecución del proyecto.

En particular, se definen como necesarias y relevantes la acciones de asistencia técnica en relación a procedimientos de compra de materiales y/o equipamiento, contratación de recursos humanos, u otros aspectos ligados con la oportuna y adecuada implementación de la modalidad. Finalmente, el monitoreo sistemático del grado de cumplimiento de cobertura asignada en el proyecto permite y facilita la revisión oportuna de los factores que puedan estar obstaculizando la atención en la modalidad, junto con la implementación de las estrategias de resolución correspondiente.

Supervisión del funcionamiento de las modalidades

Este tipo de supervisión se orienta a apoyar el funcionamiento efectivo de las modalidades en relación al cumplimiento del los objetivos del FIADI. Las preguntas orientadas a la evaluación de las estrategias implementadas para ello pueden resumirse en:

¿Qué estrategias debo diseñar para cumplir con estos objetivos?

- Estrategias para brindar una atención oportuna al rezago, déficit o riesgo biopsicosocial de niños(as).
- Estrategias pertinentes para el diseño y ejecución de los planes de intervención en la población beneficiaria.
- Estrategias, objetivos, y actividades que incorporen a la familia como un eje central de la intervención.
- Estrategias que brindan una atención integral que considera las distintas áreas de desarrollo de los niños(as).
- Abordaje interdisciplinario del rezago o riesgo de rezago de los niños y niñas atendidos.
- Estrategias, objetivos y actividades pertinentes a las características del territorio.
- Estrategias que faciliten el acceso de las familias a la modalidad.
- Estrategia de difusión y convocatoria que lleguen a familias que viven en sectores aislados.
- Estrategias que cuentan con una línea de difusión dirigida a las familias sobre los recursos comunitarios que apoyan al desarrollo de los niños y niñas.
- Estrategias de vinculación de las familias al centro de salud y a otros servicios sociales.

En resumen, el proceso de supervisión (incluyendo la supervisión interna) es posible de sintetizar en términos sencillos y útiles al responder lo siguiente:

- ¿Cómo planifica el equipo?
- ¿Cómo se pone en práctica lo planificado?
- ¿Cómo se verifican los resultados de sus acciones?
- ¿Cómo se actúa ante los datos que arrojan los seguimientos?

La respuesta global se refleja en dejar la intuición de lado, para aumentar la eficiencia y efectividad del trabajo a través de la estandarización de los procesos de atención de acuerdo a las orientaciones técnicas, la identificación oportuna de los factores que obstaculizan el adecuado funcionamiento de la modalidad y la implementación de acciones para modificar, mejorar o eliminarlos. El fin último es el logro de un servicio de estimulación temprana que permita alcanzar el mayor impacto positivo en los niños(as) beneficiarios y sus familias.

- **Anexo 1:** Pauta de detección de riesgo biopsicosocial para ingreso a MADI.
- Anexo 2: Pauta para el monitoreo y mejora continua de la calidad en MADI.
- **Anexo 3:** Habilidades de relación terapéutica para el trabajo con familias.
- Anexo 4: Tarjeta de asistencia a MADI.
- **Anexo 5:** Pauta de cotejo de desarrollo del lenguaje o − 12 meses.
- Anexo 6: Pauta de cotejo de desarrollo del lenguaje 12 24 meses.
- Anexo 7: Pauta de cotejo de desarrollo del lenguaje 24 59 meses.
- Anexo 8: Formulario para el ingreso al directorio de modalidades de apoyo al desarrollo.
- **Anexo 9**: Pauta de supervisión de proyectos para encargados regionales.
- Anexo 10: Pauta de supervisión sala de estimulación en centro salud.
- Anexo 11: Tarjetero Ludoteca.
- Anexo 12: Carnet de préstamo Ludoteca.
- Anexo 13: Las diez cosas que tu hijo(a) necesita.
- Anexo 14: Recomendaciones de juguetes y juegos según edad del niño(a).
- Anexo 15: Habilitación de sala de estimulación en el centro de salud.
- Anexo 16: Hoja de referencia y contrareferencia para centros de salud y MADI´s.
- **Anexo 17:** Díptico Tips de fomento de lenguaje para padres, madres y cuidadores de niños(as) que recién comienzan a hablar.

Pauta de detección de Riesgo Biopsicosocial (PRB) para Ingreso a Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil.

A continuación se enumeran diversos factores de riesgo biopsicosocial que pueden afectar el óptimo desarrollo del niño(a). Por favor complete la pauta a continuación y derive a modalidad de apoyo en caso de que el niño(a) tenga uno o más ítems presentes.

Asimismo, cada ítem se asocia con acciones mínimas a realizar, tanto en la modalidad como en la red comunal Chile Crece Contigo ¹⁶⁷, por lo cual debe también ingresarse esta información al SRDM y activar con ello las alertas de vulnerabilidad correspondientes.

	ITEM	Presencia
1	Niño(a) sin control de salud al día	
2	Niño(a) con múltiples consultas en SAPU, otro centro de Salud u Hospital	
3	Niño(a) con hospitalización anterior de mediana o larga estadía	
4	Niño(a) con condición médica de base (síndromes genéticos, parálisis cerebral, patologías del sistema nervioso central, entre otras)	
5	Niño(a) con madre o padre adolescente	
6	Niño(a) cuya madre tiene escolaridad menor a octavo básico	
7	Niño(a) cuya madre presenta escala de Edimburgo alterada	
8	Díada con escala de apego alterada	
9	Niño(a) cuyo cuidador principal presenta conductas sugerentes de negligencia en cuidados, escasa respuesta a las necesidades del niño(a)	
10	Niño(a) que vive en familia monoparental sin red de apoyo familiar/social	
11	Presencia de cualquier trastorno de salud mental en uno o ambos cuidadores principales (Depresión, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, discapacidad mental, otros)	
12	Niño(a) cuyo hermano(a) tiene antecedentes de medidas de protección sentenciadas con cambio de cuidador, institucionalización u adopción	
13	Niño(a) cuyo padre, madre o cuidador principal, se encuentra privado de libertad.	
14	Niño(a) institucionalizado en residencia de lactantes y/o pre-escolares y/o con inserción transitoria en familia de acogida.	
15	Niño(a) que crece en un contexto ambiental con bajas condiciones para el cuidado y desarrollo (múltiples cambios domicilio, hacinamiento, barrio de alta peligrosidad, pobreza extrema, contaminación del aire intradomiciliario, pésimas condiciones de habitabilidad, otros)	
16	Niño(a) que vive en una familia con aislamiento social significativo o en zona de alta dispersión geográfica.	
17	Violencia intrafamiliar / niño(a) testigo de violencia	
18	Maltrato físico o Abuso Sexual	

PAUTA PARA EL MONITOREO Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MMCC) EN LAS MODALIDADES DE APOYO AL DESARROLLO INFANTIL

Objetivo: Identificar estado actual de la modalidad, brechas y favorecer la implementación oportuna de acciones de mejoramiento, a través de la formulación y ejecución de proyectos FIADI.

Se define su aplicación al menos en dos momentos*:

- Previo a formulación del proyecto
- Durante ejecución del proyecto

Instructivo: Se recomienda que la presente pauta sea completada en supervisión del/la Encargada/o Comunal, junto con la/el Encargada/o de la modalidad. Puntuar en escala de 1 a 7 cada ítem. Marcar n/a si ítem no aplica a modalidad. Promediar puntaje final y consignar en "Total".

Área	Ptje.	n/a	Acciones
Infraestructura y Equipamiento			
La modalidad cuenta con un espacio físico adecuado para la realización de las actividades requeridas.			
La modalidad cuenta con adecuadas condiciones de ventilación y/o calefacción segura según requerimientos.			
La modalidad cuenta con el equipamiento mínimo necesario para su adecuado funcionamiento			
a) Computador			
b) Teléfono			
c) Conexión a Internet			
d) Movilización (A. Domiciliaria / S. Itinerante)			
La modalidad cuenta con el mobiliario necesario para su funcionamiento y adecuada atención de niños(as).			
a) Colchoneta, alfombra goma Eva, balón terapéutico, otros.			
b) Mesa y sillas para trabajo con niños(as)			
c) Escritorio y sillas para trabajo con adultos			
La modalidad cuenta con materiales didácticos y de estimulación apropiados para cada tramo de edad que atiende.			
a) o-1 años			
b) 1 – 2 años			
c) 2 – 3 años			
d) 3-4 años			
La modalidad cuenta con materiales didácticos y de estimulación en cantidades suficientes para la adecuada atención de los niños(as).			
Recursos Humanos			
La modalidad cuenta con al menos 1 profesional con jornada completa por cada 200 niños(as) en cobertura anual planificada (o proporcional).			

^{*}Aplicación adicional al finalizar ejecución del proyecto puede ser coincidente con la aplicación previa a la formulación de nuevo proyecto, por lo cual se deja a criterio de la red local esta tercera aplicación.

Al menos un profesional que atiende en la modalidad lleva 12 meses o más en la misma.	
Las/los profesionales que atienden en la modalidad cuentan con capacitación específica en¹68 (1 pto. c/u):	
a) Habilidades terapéuticas para el trabajo con familias	
b) Desarrollo Infantil Temprano / Estimulación temprana	
c) Desarrollo del apego / Promoción del apego seguro	
d) Crianza respetuosa / Cuidado sensible /Competencias parentales	
e) Paternidad activa	
f) Intervención en familias multiproblemáticas	
g) Trabajo de casos en red	
Acciones de atención directa, registro, trabajo intersectorial	
La modalidad cuenta con una población bajo control con diagnóstico conocido	
(causal de ingreso)	
La modalidad cuenta con un registro individual del plan de intervención para cada niño(a) en población bajo control	
La modalidad cuenta con un registro individual del plan de atención que contiene:	
a) Causal de ingreso	
b) Objetivos intervención	
c) Sesiones programadas/realizadas	
d) Actividades realizadas	
e) Orientaciones al medio familiar	
La modalidad cuenta con un protocolo de retroalimentación (contra-referencia del caso) al centro de salud que considera al menos: a) Causal de ingreso b) Sesiones programadas/realizadas c) Resumen logros/dificultades d) Causal de egreso / Observaciones La modalidad cuenta con un protocolo de derivación a salud, educación, municipio	
u otro agente pertinente de lâ red comunal.	
La/el Encargada/o de modalidad participa en reuniones del equipo de cabecera del centro de salud.	
La/el Encargada/o de modalidad participa en las reuniones de la red comunal.	
La modalidad cuenta con un ejemplar del mapa de oportunidades de la red comunal, actualizado en los últimos 12 meses.	
La modalidad cuenta con su registro actualizado en el Directorio de Modalidades de la web Chile Crece Contigo. (últimos 6 meses)	
La/el Encargada/o de modalidad utiliza regularmente el módulo de digitación del SRDM	
Subtotal infraestructura y equipamiento	
Subtotal recursos humanos	
Subtotal atención directa, registro, trabajo intersectorial	
Total	
Fecha	

¹⁶⁸ Se entenderá por "Capacitación Específica", cualquier actividad que cumpla a lo menos con 20 hrs. pedagógicas, evaluación final y nota de aprobación superior a 5.0.

HABILIDADES DE RELACIÓN TERAPÉUTICA PARA EL TRABAJO CON FAMILIAS

El profesional / técnico que trabaja en cualquier modalidad de apoyo al desarrollo debe estar consciente uno de los factores más importantes que para que se produzca un cambio de actitud en torno a la estimulación del desarrollo, es el vínculo terapéutico o la relación de ayuda entre el profesional / técnico y el adulto responsable de cuidar al niño(a).

Las habilidades necesarias para vincularse en forma terapéutica con el niño(a) y su familia se pueden entrenar cuando se tiene conciencia sobre lo que sirve para mejorar la comunicación o lo que la daña.

Lo que sirve:

- La calidad de la relación que establezca con los adultos empieza desde que la familia está en la sala de espera antes de conocerle, la forma en que el profesional trata a las otras personas predispone al adulto a iniciar positiva o negativamente una interacción y tiene relación directa con el logro de una alianza colaborativa en pos del mejor desarrollo del niño(a).
- Aprenda el nombre de los adultos que acompañan al niño(a) y úselo para saludarle, despedirse y hablarle. Nunca diga "Mamita", "Papito" o "Tía".
- Considere a la familia como el principal agente de cambio del niño(a), ya que ellos son el contexto de relaciones en las que el niño(a) se desarrolla. Por lo tanto, las acciones de estimulación deben ser comprendidas y ejecutadas por ellos, adaptadas a la rutina de su hijo(a).
- Inicie su conversación siempre diciéndoles algo positivo de su apreciación del niño(a), de la crianza, de la interacción.
- Construya con ellos un acuerdo de trabajo para potenciar el desarrollo del niño(a) y trate de obtener cooperación y compromiso de realizar las actividades en casa diariamente, y ser parte activa de este proceso.
- Muchos adultos no tienen ninguna conciencia de problema, es decir no ven el retraso o rezago, o no lo consideran ni grave, ni importante. Por lo tanto, en estos casos, primero se debe trabajar aumentando la conciencia de problema. No hay que dar por hecho que la alteración del desarrollo del niño(a) es importante para la familia, muchas veces lo pueden considerar como un rasgo hereditario que es normalizado entre las generaciones, o minimizado en sus posibles consecuencias. La atención grupal en alteraciones del desarrollo similares ayuda a que se observe a otros niños(as) en diferentes grados de tratamiento, y la atención en grupos de edades semejantes ayuda a que los adultos vean a otros niños(as) de la misma edad que su hijo pero con otras habilidades.
- Sea claro y preciso.
- Use su postura corporal para aumentar empatía.
- Escuche más y hable menos.
- Considere la forma de ser de los padres, madres antes de dar recomendaciones generales.
- Construya con los propios adultos las posibles modificaciones a realizar, para que se mantengan en el tiempo y sean viables a la realidad familiar.
- Piense siempre que el padre, madre y cuidador siempre aman a sus hijos y desean lo mejor para ellos.
- Sea honesto con la información respecto al desarrollo del niño(a), la consigna de ingreso a modalidad o sala debe

estar centrada en que al niño(a) le está tomando más tiempo en alcanzar algunos logros del desarrollo (explicar cual, usar objetos, hablar, sonreír, etc.), en comparación con otros niños(as) de su edad.

- Manifieste que el equipo de salud está preocupado por ayudarle al niño(a) y a la familia en trabajar este logro
 porque se sabe que el desarrollo es como una escalera que necesita que los primeros peldaños de abajo estén muy
 bien logrados para construir los niveles superiores.
- Tómese tiempo en hablar de mitos como que "el niño(a) es así no más, callado", o mitos que disminuyan las expectativas que los adultos tienen sobre el desarrollo de los niños(as), porque si Ud. logra aumentar la esperanza de cambio, es más probable que el cambio ocurra. Además las neurociencias respaldan el enorme potencial de cambio del cerebro.
- No prometa mejorías ni avances, deje que el proceso de intervención dé cuenta por sí sólo de los progresos que se relacionarán con el compromiso de los adultos y la efectividad de las acciones conjuntas.
- Refuerce positivamente los logros de la familia en cada sesión.
- Sonría y use el humor sano.
- Siempre transmita una esperanza de cambio futuro y por sobretodo el enorme potencial de desarrollo de su hijo(a).

Lo que no sirve:

- Nunca emita juicios de valor, aunque los piense, nunca diga "esto no se le hace a los niños(as)", puesto que todas las conductas de crianza están respaldadas en creencias y valores.
- Nunca manifieste su enojo o rabia que le generan adultos que tienen baja sensibilidad en el cuidado, recuerde que lo mas probable es que ellos cuando niños(as) hayan tenido experiencias de estrés tóxico en sus propias familias.
- Nunca generalice.
- Nunca rete a una familia.
- No critique a la familia.

TARJETA DE ASISTENCIA A MODALIDAD

DE APOYO AL DESARROLLO INFANTIL





PAUTA DE COTEJO DESARROLLO DEL LENGUAJE (0-12 MESES)

Nombre:		
Fecha de Nac.:		
Profesional:		
Fecha:		

		Edad, a an			
		Edad: 0 – 3 n	teses		
Área	Parámetro-conducta	Frecuente	Ocasional	Poco Frecuente	Signos de Alarma
U	Mira a sus cuidadores o a otros.				
U	Llora de forma distinta cuando tiene hambre, está cansado o siente dolor.				Escasa reacción a la voz
С	Se tranquiliza en respuesta al sonido.				materna
С	Sonríe o arrulla en respuesta a la voz o la sonrisa de otra persona.				No fija la mirada
F	Primeras vocalizaciones en forma gutural y luego vocales (a-e-u)				
		Edad: 3 – 6 m	esesx		
U	Mira al rostro del otro.				
С	Responde al nozmbre cuando es llamado, mirando.				No gira la cabeza
С	Regularmente reconoce la fuente de sonido o la voz.				al sonido (voz, campanilla).
F	Producción de arrullos, gorjeos, risas (sonidos similares a da-da-da, ta-ta, sin significado).				Ausencia de vocalizaciones recíprocas.
F	Puede vocalizar en respuesta a la voz.				No muestra atención a
F	Vocaliza ante el gusto, agrado y desagrado.				las conversaciones.
F	Sus vocalizaciones cambian en tono y volumen de voz.				

		Edad: 6 – 9 m	eses	
U	Imita sonidos familiares y acciones			
U	Disfruta de la reciprocidad social en juegos estructurados con el adulto (tales como "no`ta bebe"/ "Ahí está- no está", etc.).			
U	Reconoce a gente de su entorno familiar.			
U	Es capaz de requerir objetos			
F	Balbuceo de reduplicación silábica (mamama, bababa), juegos vocales con patrones entonacionales, imitaciones. prosodiales de palabras reales.			No Hace carcajadas Ausencia de balbuceo
F	Tiene diferentes vocalizaciones para diferentes estados.			Tradeficia de Barbaceo
F	Responde a alguien que le habla.			
С	Comprende gestos de sus padres			
С	Imita las vocalizaciones de otros.			
С	Llora cuando sus padres dejan la habitación (9 meses).			
С	Responde consistente al habla suave (susurros) y a los sonidos del medio ambiente.			

		Edad: 9 – 12 m	teses	
U	Llama la atención del otro (con vocalizaciones o balbuceos).			
U	Mueve la cabeza para decir "No", lanza objetos que no le gustan.			
U	Mueve la mano para decir "chao"			
U	Indica claramente las solicitudes; dirige la conducta del otro; muestra objetos, da objetos a los adultos, acaricia al otro, tira del adulto o apunta con el dedo al objeto para conseguirlo.			
U	Coordina acciones entre los objetos y los adultos (mira hacia adelante- atrás y entre el objeto y el adulto; Atención-acción conjunta).			Ausencia de balbuceo
U	Imita nuevos sonidos y acciones.			No dice "mama" o "papá" aunque sea de forma
F	Muestra patrones de reduplicación silábica más consistentes, comienza a producir vocalizaciones que asemejan las primeras palabras.			imprecisa No experimenta con sonidos
F	Balbucea fuertemente con gran variedad de formas y entonaciones			
F	Vocaliza ante el espejo o cuando juega			
С	Mira hacia el lugar donde están juguetes que se han escondido			
С	Gira su cabeza ante su nombre			
С	Entrega un objeto que tiene ante el comando "dame"			
С	Empieza a relacionar las palabras- objetos: primeras palabras reales			

Instrucciones de uso de la Pauta de Cotejo Desarrollo del Lenguaje (0-12 meses)

Esta pauta de cotejo se basa en la aparición de los hitos del desarrollo lingüístico. Los contenidos deben ser extraídos ya sea mediante una instancia de observación del niño(a) o una entrevista a los padres o cuidadores preguntando punto por punto.

- 1) Usar la pauta para la edad en que se encuentra el niño(a) o niña.
- 2) Para cada punto que esté presente, se rellenará de la misma forma el círculo delante de cada punto, y se colocará con y ticket en la columna correspondiente a la frecuencia de aparición de tal hito.

Los hitos están diferenciados según tres tipos:

- U= Hitos precursores del USO del lenguaje.
- F= Hitos precursores de la FORMA del lenguaje.
- C= P Hitos precursores del CONTENIDO del lenguaje.
- 3) En la columna roja, al costado derecho de la pauta, aparece una serie de Signos de Alarma. Si aparece uno o más de estos signos, debe de anotarse marcando en el círculo a un costado. La aparición de CUALQUIER signo debe ser indicado a derivación para Evaluación de lenguaje.
- 4) Las respuestas deben registrarse según su frecuencia para esa edad.

Frecuente: Observable en todas o en la mayoría de las ocasiones en las que se busque, o que según la madre constituye una conducta a la que responde consistentemente en una gran mayoría de las veces.

Ocasional: conducta que es observable o es descrita por los padres en alrededor de un 50% de las ocasiones, y que requiere ser inducida o estimulada por otros.

Poco Frecuente: Conducta observada o descrita en menos de un tercio de las oportunidades, y que requiere de una inducción o estimulación constante para su aparición.

5) Acciones a seguir

Si el cotejo es color verde: Desarrollo normal. Sólo requiere de los controles habituales en APS y actividades de promoción si amerita.

Si el cotejo color amarillo: Desarrollo con una cierta desviación de la norma: Requiere estimulación y seguimiento del área del desarrollo.

Si el cotejo da por lo menos un ítem en color rojo: Desarrollo con Retraso del lenguaje: Requiere estimulación, seguimiento y derivación a fonoaudiólogo/ equipo de cabecera.

PAUTA DE COTEJO DESARROLLO DEL LENGUAJE (12-24 MESES)

Nombre:		
Fecha de Nac.:		
Profesional:		
Fecha·		

	Edad: 12 – 18 meses						
Área	Parámetro-conducta	Frecuente	Ocasional	Poco Frecuente	Signos de Alarma		
M	Comienza la producción de palabras aisladas.	Н	<u> </u>	н н			
S	Llega a utilizar entre 3 a 20 palabras (aproximación).						
F	Las palabras que usa son de una estructura directa (consonante + vocal).						
S	Puede realizar instrucciones simples de un paso.				Ausencia de bisílabos		
S	Puede reconocer de 1 a 3 partes del cuerpo a petición.				No imita gestos		
P	Solicita objetos apuntando con su dedo, vocalizando o utilizando aproximaciones a palabras reales.				No dice "mamá" o "papá" de forma específica y precisa		
S	Reconoce 2 ó más objetos o dibujos de un grupo de estos.				No presenta jerga con		
P	Llama la atención vocalizando, gesticulando, o quizás utilizando palabras (tales como "mami").				intención de comunicarse No comprende una		
F	Utiliza jerga o "habla en su propio idioma" utilizando entonaciones diversos tipos de oraciones.				prohibición		
P	Utiliza palabras de uso social (chao, hola, gracias, por favor).				No comprende el significado de casi ninguna palabra		
P	Comenta: Apunta objetos, vocaliza o usa aproximaciones a palabras reales.				No reconoce su nombre		
P	Puede llevarle a sus padres objetos que le interesan.						
P	Reconoce: El contacto visual, la respuesta vocal y la repetición de palabras.						
P	Protesta: dice "No", agita la cabeza, se aleja, lanza objetos.						

		Edad: 18	– 24 meses	
F	Utiliza principalmente palabras para comunicarse. Jerga va desapareciendo.			
М	Comienza a utilizar combinaciones de 2 palabras; cerca de los 24 meses utiliza combinaciones para relacionar significados; por ejemplo "más galletas", "zapato papá", etc.			
S	Nombra un objeto entre 4 objetos presentados.			
S	Cerca de los 24 meses tiene casi 50 palabras, las cuales pueden ser aproximaciones de formas adultas (similitud).			No Une dos palabras No comprende órdenes sencillas
S	Responde de forma aproximada a preguntas cerradas (con respuesta sí/no).			No obedece una orden por gestos
S	Apunta a 5 partes del cuerpo suyas o en algún muñeco.			
P	Hace preguntas simples como "¿Qué es eso?", subiendo el tono al final, para llamar la atención de los otros.			
M	Usa la negación con un el "no" (no jugo)			
М	Comienza a usar posesivos (mío) o pronombres para referirse a sí mismo (yo, mi, etc.).			

Instrucciones de uso Pauta de Cotejo Desarrollo del Lenguaje (12-24 meses)

Esta pauta de cotejo se basa en la aparición de los hitos del desarrollo lingüístico. Los contenidos deben ser extraídos ya sea mediante una instancia de observación del niño(a) o una entrevista a los padres o cuidadores preguntando punto por punto.

- 1) Usar la pauta para la edad en que se encuentra el niño(a) o niña.
- 2) Para cada punto que esté presente, se rellenará de la misma forma el círculo delante de cada punto, y se colocará con y ticket en la columna correspondiente a la frecuencia de aparición de tal hito.

Los hitos están diferenciados según cuatro tipos:

- F= Fonología
- M= Morfosintaxis
- S= Semántica
- P= Pragmática
- 3) En la columna roja, al costado derecho de la pauta, aparece una serie de Signos de Alarma. Si aparece uno o más de estos signos, debe de anotarse marcando en el círculo a un costado. La aparición de CUALQUIER signo debe ser indicado a derivación para Evaluación de lenguaje.
- 4) Las respuestas deben registrarse según su frecuencia para esa edad.
 - **Frecuente:** Observable en todas o en la mayoría de las ocasiones en las que se busque, o que según la madre constituye una conducta a la que responde consistentemente en una gran mayoría de las veces.
 - **Ocasional:** conducta que es observable o es descrita por los padres en alrededor de un 50% de las ocasiones, y que requiere ser inducida o estimulada por otros.
 - **Poco Frecuente:** Conducta observada o descrita en menos de un tercio de las oportunidades, y que requiere de una inducción o estimulación constante para su aparición.

5) Acciones a seguir

Si el cotejo es color verde: Desarrollo normal. Sólo requiere de los controles habituales en APS y actividades de promoción si amerita.

Si el cotejo color amarillo: Desarrollo con una cierta desviación de la norma: Requiere estimulación y seguimiento del área del desarrollo.

Si el cotejo da por lo menos un ítem en color rojo: Desarrollo con Retraso del lenguaje: Requiere estimulación, seguimiento y derivación a fonoaudiólogo/ equipo de cabecera.

Pauta de Cotejo Desarrollo del Lenguaje (24-59 meses)

Nombre:			·····
Fecha de Nac.:			 ·····
Profesional:			
Fecha:			

Fecha:					
	Edad: 24	– 36 mes	es		
Área	Parámetro-conducta	Frecuente	Ocasional	Poco Frecuente	Signos de Alarma
P	Participa en pequeños diálogos y expresa emociones.				
P	Comienza a usar su lenguaje de forma imaginativa.				
M	Empieza a utilizar frases de 3 ó más palabras para hablar de lo que quiere o no (yo quiero eso/ no quiero eso) u otras expresiones.				
P	Propone temas de conversación.				
S	Se reconoce a sí mismo por su sexo (hombre/mujer).				Menos de 50 palabras a los 24 meses
S	Utiliza cerca de 500 palabras (proporción con etapas anteriores).				Dificultades para seguir instrucciones verbales
S	Identifica acciones mostradas en láminas.				Uso limitado de gestos y sonidos para comunicarse,
S	Reconoce algunos colores y formas básicas.				Uso limitado del juego simbólico No utiliza la palabra "No"
P	Comienza a utilizar detalles descriptivos para facilitar la comprensión del interlocutor				No señala partes de la cara Ausencia de lenguaje propositivo Estereotipias verbales o ecolalias
P	utiliza dispositivos-partículas lingüísticas para captar la atención del otro (decir "hey"!)				(desde) No hace combinaciones de dos
P	Capaz de unir ideas no relacionadas y elementos de historias				palabras (que no sean ecolálicas) No reconoce y/o nombra un objeto dibujado
M	Comienza a utilizar artículos (tales como "una", "la, "el")				No señala una parte de su cuerpo
M	Utiliza terminaciones verbales (presente progresivo, presente y pasado), uso de términos en plural, usa adjetivos unido al verbo "serestar" (el gato es grande).				
M	Comienza a utilizar pronombres de segunda persona (tú, ustedes).				
M	Responde a preguntas simples con las partículas "qué", "quién", "dónde".				

	Edad: 36	– 48 mes	es	
P	Participa en largas conversaciones con otros.			
P	Simula ser otra persona en los juegos.			
P	Simplifica su lenguaje si habla con un bebé.			
P	Pide permiso para hacer cosas.			
P	Hace preguntas, bromas, chistes, etc.			
P	Corrige al otro y se rectifica si el otro no le entiende.			
S	Utiliza cerca de 1500 palabras (aproximación).			
S	Conoce el lado del frente y atrás de las prendas de vestir.			No utiliza pronombres
F	Pronuncia mejor las palabras y oraciones; desaparecen procesos de simplificación fonológica (desde esta edad), persistiendo en su mayoría omisiones de sílabas en palabras de larga metría.			Mantiene un lenguaje incomprensible
M	Utiliza frases de 4 palabras o más para referir sobre deseos o propuestas, por ej.: `¿Vamos a la plaza?` u otras expresiones.			
M	Utiliza el "y" como conjunción.			
M	Identifica locativos como "arriba/abajo" y "adelante/atrás".			
S	Realiza órdenes relacionadas con tres acciones/ dos objetos (órdenes por separado).			

	Edad: 48	- 59 me	ses	
P	Utiliza peticiones indirectas ("uff que hambre tengo", para pedir algo de comer).			
P	Utiliza términos deícticos de forma correcta: "este", "ese", "aquí", "ahí".			
P	Participa en conversaciones con otras personas sobre temas conocidos (colegio, comidas, juegos, familia, etc.).			
P	Expresa abiertamente sus emociones y pensamientos en sus enunciados ("me siento ","quiero" "yo creo", etc.			
P	Puede explicar a la pregunta "Por qué" en cuanto a sus motivaciones, deseos, etc. (Porque estoy triste/feliz/enojado/aburrido, etc.).			No construye frases utilizando el
F	Permanecen dificultades fonológicas en palabras más extensas/complejas.			verbo No dice su nombre ni su primer apellido
M	Narra de forma básica cuentos que ha escuchado varias veces (Caperucita Roja, etc.), centrándose más en los personajes y en sólo alguna acción principal.			
M	Utiliza términos de tiempo en futuro.			
S	Realiza 3 órdenes en secuencia.			
S	Clasifica objetos según forma, color o uso.			
S	Pregunta sobre qué significan las palabras.			
F	Va desarrollando combinaciones de consonantes+/r/y/l/(por ej., en "flor" y "frasco").			

Instrucciones de uso Pauta de Cotejo Desarrollo del Lenguaje (24-59 meses)

Esta pauta de cotejo se basa en la aparición de los hitos del desarrollo lingüístico. Los contenidos deben ser extraídos ya sea mediante una instancia de observación del niño(a) o una entrevista a los padres o cuidadores preguntando punto por punto.

- 1) Usar la pauta para la edad en que se encuentra el niño(a) o niña.
- 2) Para cada punto que esté presente, se rellenará de la misma forma el círculo delante de cada punto, y se colocará con y ticket en la columna correspondiente a la frecuencia de aparición de tal hito.

Los hitos están diferenciados según cuatro tipos:

- F= Fonología
- M= Morfosintaxis
- S= Semántica
- P= Pragmática
- 3) En la columna roja, al costado derecho de la pauta, aparece una serie de Signos de Alarma. Si aparece uno o más de estos signos, debe de anotarse marcando en el círculo a un costado. La aparición de CUALQUIER signo debe ser indicado a derivación para Evaluación de lenguaje.
- 4) Las respuestas deben registrarse según su frecuencia para esa edad.
 - **Frecuente:** Observable en todas o en la mayoría de las ocasiones en las que se busque, o que según la madre constituye una conducta a la que responde consistentemente en una gran mayoría de las veces.
 - **Ocasional:** conducta que es observable o es descrita por los padres en alrededor de un 50% de las ocasiones, y que requiere ser inducida o estimulada por otros.
 - **Poco Frecuente:** Conducta observada o descrita en menos de un tercio de las oportunidades, y que requiere de una inducción o estimulación constante para su aparición.

5) Acciones a seguir

Si el cotejo es color verde: Desarrollo normal. Sólo requiere de los controles habituales en APS y actividades de promoción si amerita.

Si el cotejo color amarillo: Desarrollo con una cierta desviación de la norma: Requiere estimulación y seguimiento del área del desarrollo.

Si el cotejo da por lo menos un ítem en color rojo: Desarrollo con Retraso del lenguaje: Requiere estimulación, seguimiento y derivación a fonoaudiólogo/ equipo de cabecera

FORMULARIO PARA INGRESO AL DIRECTORIO DE MODALIDADES

Acerca de la modalidad de estimulación			
Tipo de modalidad de estimulación			
Nombre de la modalidad			
Nombre de la Institución a la que pertene			
Tipo de Institución			
Región			
Comuna			
Dirección donde se ubica			
Referencias cómo llegar			
Teléfono de contacto 1			
Teléfono de contacto 2			
Acerca del responsable o persona de con	tacto		
Nombre			
Cargo			
Correo electrónico			
	Miércoles Juev ornada Mañana Ini ornada Tarde Ini	icia Finaliza Jorn icia Finaliza Jorn	nada Mañanaada Tarde
Número de Niños/as aprox. que atiende a			
Personal que atiende en la modalidad	Número profesional	es	
¿Cuál es el mecanismo de ingreso a la mo	dalidad de estimulació	on?	
		Desde el control de salud Demanda Espontánea Desde otra Institución Otra. ¿Cuál?	Si No Si No No
¿La atención de los niños/as es gratuita?	Si No		
¿A través de que medio se financia esta m	ıodalidad? I	Público O Privado O Mix	to 🔘

ACTA DE SUPERVISIÓN DE PROYECTOS

Región	C	Comuna				
Lugar de Supervisión	F	echa				
		D	vía Mes Año			
Nombre del Proyecto						
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres			
Nombre del representante del Ejecutor						
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres			
Nombre Supervisor						
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres			
1. Programa						
CHS- Habitabilidad		\bigcirc	CHS- Personas en Situación de Calle			
CHS- Autoconsumo		\bigcirc	CHS- Abriendo Caminos			
CHS- Ficha de protección Social / Encue	esta FPS	\bigcirc	CHCC- Modalidades de APoyo al Desarrollo Infantil			
CHS- Vínculos		\bigcirc	CHCC-Fortalecimiento Municipal ChCC			
CHS- Habitabilidad Vinculos						
CHS- Fortalecimiento Gestión Provincia	al	\bigcirc	CHCC- Fondo de intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil			
2. Participantes						
Nombre Completo	Cargo		Institución			

3. IdentifIcación de la Actividad

1. Actividad de difusión	o inicio del proyecto		
2. Habilitación de Moda	lidades (Fondos CHCC)		
3. Reunión informativa	con encargados/as del proyecto		
4. Visitas a familias ber	eficiarias y/o usuarios		
5. Acompañamiento a la	a ejecución y/o Asistencia Técnica		
6. Asistencia a taller/es	de formación o capacitación		
7. Entrega de bienes e in	sumos a los beneficiarios		
8. Implementación de S	oluciones y/o de Tecnologías		
9. Evento de Cierre del p	proyecto		
4. Descripición de la Actividad			
5. Estándares de Calidad			
Programa	Etapa	Número Estándar	Cumple
			Si No (
6. Observaciones Generales			

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.

7. Compromisos	
Compromiso	Plazo
Representante Ministerio de Desarrollo Social	
Firma	Firma Representante Ejecutor / Beneficiario

Pauta de supervisión para Sala de Estimulación Centro de Salud

	Pauta de supervision	ı para sala de estimu	ılación centro	de salud	
Profesional:	:				
Establecimi	ento:				
	Criteri	o de evaluación: ESTA	ADISTICA		
Indicador	Medio de verificac	ión	Resultado (Cumple, no cumple)	Obsevación/ Sugerencias	
Si-No	Total población bajo control o-4 años a establecimiento	a junio de 2012 por			
Si-No	Total población bajo control o-4 año estimulación	s en modalidad de			
Si-No	Población bajo control con déficit (ri	esgo y/o retraso)			
Si-No	Población bajo control con riesgo bio	opsicosocial			
Si-No	Reingresos a modalidades de estimulación entre enero y junio de 2012				
Si-No	Egresos a modalidades de estimulad junio de 2012	ción entre enero y			
Si-No	Derivaciones a atención especializa junio de 2012	da entre enero y			
	Criterio de eva	aluación: ACTIVIDAD	ES REALIZADA	AS	
	Actividades realizadas	Horas destinadas por semana	Horas destinadas por mes	Obsevación/ Sugerencias	
Atenci	ón directa (Individual y grupal)				
	Visita domiciliaria				
Reun	Reuniones con Equipo de Cabecera				
Reuniones con Red Comunal					
Talleres					
Otras					
	Criterio de evaluaciór	n: ASPECTOS TECNICO	OS Y ADMINIS	TRATIVOS	

Indicador	Medio de verificación	Resultado	Obsevación/ Sugerencias			
Si-No	Uso de tarjetero actualizado					
Si-No	Citación (SOME, Agenda electrónica, otro)					
Si-No	Registro de Información (Ficha Clínica, Cuaderno, otro)					
Si-No	Registros Estadísticos (REM, Web ChCC, otro)					
	Criterio de evaluación: INTERVENCION E		D DE ESTIMULACION			
Indicador	Indicador Medio de verificación		Observación/Sugerencias			
Si-No	Tienen establecido un flujograma de derivación a modalidad de estimulación					
Si-No	Cuentan con un plan de intervención en Ficha Clínica, que al menos contemple: Objetivo(s), Responsables, Derivaciones, plazos, seguimientos y evaluaciones de resultados					
Si-No	El plan de intervención es desarrollado con la familia					
Si-No	Incorpora un documento Compromiso de Trabajo en el cual participe el padre, madre o cuidador en la modalidad de estimulación					
Si-No	Cumplen con el número de sesiones, frecuencia y tiempo según el estado del niño					
	Criterio de evaluación: MODALIDADES DE	APOYO AL DI	ESARROLLO INFANTIL			
Indicador	Medio de verificación	Resultado	Observación/Sugerencias			
Si-No	Sala de estimulación en el centro de salud					
Si-No	Programa de atención domiciliaria de estimulación					
Si-No	Servicio itinerante de estimulación					
Si-No	Sala de estimulación en sede de la comunidad					
Si-No	Ludoteca asociada a programa de salud del territorio					
	Criterio de evaluación: INFRAESTRUCTURA					
Indicador	Medio de verificación	Resultado	Observación/Sugerencias			
Si-No	Cumple con 18 mts. Cuadrados					
Si-No	Posee iluminación, calefacción y venti- lación adecuadas					
Si-No	Cuenta con el espacio adecuado para el trabajo de estimulación					

Si-No	Se encuentra en un lugar accesible dentro del Centro de Salud		
Si-No	Cuenta con salida de emergencia cercana		
Si-No	Cuenta con agua potable y baño exclusivo		
	Criterio de evaluación:	EQUIPAMIEN	TO
Indicador	Medio de verificación	Resultado	Observación/Sugerencias
Si-No	Cuenta con 2 mesas de trabajo infantil que permitan desarrollar actividades con material didáctico		
Si-No	8 sillas preescolar		
Si-No	4 sillas visitas		
Si-No	Mesón escritorio con cajonera		
Si-No	Silla ergonométrica		
Si-No	Espejo adosado a la pared de 1,5 mts. de ancho por 1 mt. de alto		
Si-No	Repisa dos divisiones para juguetes al alcance de niños		
Si-No	Cajón para juguetes 70 x 70 x 50 cms de alto		
Si-No	Estante con repisa y puertas correderas		
Si-No	Cuenta con mobiliario que permita guardar elementos de diagnósticos, formularios, etc.		
Si-No	Cuenta con estantería con material lúdico al alcance de los niños/as y cajas para guardar el material según clasificación		
Si-No	Cuenta con computador con conexión a Internet		
	Criterio de evaluación: Il	MPLEMENTAC	CION
Indicador	Medio de verificación	Resultado	Observación/Sugerencias
Si-No	Cuenta con colchonetas para trabajar con bebés en posición prona y grupal		
Si-No	Cuenta con material apropiado para el trabajo de estimulación en las distintas áreas (cognitiva, lenguaje, motricidad fina y gruesa, sensorial)		
Si-No	Consideran las medidas básicas de seguridad y se rigen por el reglamento sobre seguridad de los juguetes (propiedades físicas y mecánicas, inflamabilidad, propiedades químicas, eléctricas y didácticas)		
Si-No	Cuentan con un proceso de desinfección de materiales		

Si-No	Señale los productos con los cuales desinfectan los juguetes					
Si-No	Conoce el nivel de toxicidad de los productos con los que desinfectan los juguetes					
	Observaciones del	profesional				
	Acuerdo	os				



TARJETA LUDOTECA

Nombre niño	o/a:									
F. de Nacimie	ento:	Edad ingr	Edad ingreso:							
Adulto respo	nsable:	Parenteso	Parentesco:							
Dirección:		Teléfono:			No para establecer sanciones. Útil para evaluar					
Nombre jardi	ín infantil:	Jornada:								
Resultado de	evaluación:	Área/s de	Área/s de intervención:d							
N° Producto	Área que estimula	Fecha préstamo	Fecha devolución	Estado	o de Devolución					
	1	1		Bueno	Regular	Malo				
N° de			Si asiste a Sala de							
inventar	io		Estimulación debe coincidir con la fecha de próxima sesión.							

CARTA COMPROMISO LUDOTECA

10	
(Nombre y Apellidos del Adulto resp	oonsable del niño/a)
RUN:se me proporciona y me com tamo.	; acepto que soy responsable del uso y cuidado del material que nprometo a devolverlo en la fecha que se estipula en el carnet de prés-
en varias áreas; por ejempi informada/o sobre los benefi	re la importancia de apoyar las condiciones de desarrollo de mi hijo/a lo: físico, emocional, social, lenguaje y coordinación. Además estoy cios para mi hija/o si lo estimulo en mi hogar, utilizando los materiales eca implementada en la Sala de Estimulación Temprana del
(Nombre establecimiento)	
	T: 1141 H D 11
	Firma del Adulto Responsable

CARNET DE PRÉSTAMO LUDOTECA



Carta Compromiso	N° Producto	Area que estimula	Fecha devolució
Yo, (Nombre y Apellidos del Adulto responsable del niño/a)			
			0 0 0 0 0 0
RUN: ; acepto que soy responsable del)
uso y cuidado del material que se me proporciona y me comprometo a	••••••	***************************************	
devolverlo en la fecha que se estipula en el carnet de préstamo.		***************************************	
Yo he sido informada/o sobre la importancia de apoyar las condiciones de			
desarrollo de mi hijo/a en varias áreas; por ejemplo: física, emocional, social, lenguaje y coordinación. Además estoy informada/o sobre los			100000
beneficios para mi hija/o de estimularlo en mi hogar, utilizando los		***************************************	
materiales proporcionados por la ludoteca implementada en			
(Nombre establecimiento)			

Firma del Adulto Responsable			
Recuerde que:		***************************************) + + + + + + + + + + + + + + + + + + +
Su hijo/hija tendrá importantes beneficios si lo estimula en su hogar	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••	***************************************	
utilizando los materiales proporcionados por la ludoteca implementada		***************************************	
en(Nombre del establecimiento).			
Es importante cuidar y devolver los materiales en la fecha señalada		***************************************	
para que otro niño/a pueda utilizarlos.		***************************************	
	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••	***************************************	

Las 10 cosas que tu hijo necesita.

LAS HABILIDADES DE APRENDIZAJE DE TU HIJO(A) PUEDEN SER GRANDIOSAS SI DESDE EL NACIMIENTO LE OFRECES DIARIAMENTE: 109

Respuesta sensible a sus necesidades: tanto físicas como emocionales:

prontamente que necesita algo. b. "Leer" o interpretar qué es (alimento, consuelo, estimulación, descanso, etc.). c. Proporcionárselo.



Consuelo oportuno del llanto: es la señal más efectiva que tiene tu guagua para pedirte ayuda y avisarte que necesita algo. Existen muchos mitos frente al llanto, entre los más frecuentes:

a. Que las guaguas manipulan con el llanto. b. Que es bueno dejarlas llorar para que aprendan a manejar la frustración.

c. Que no es bueno tomarlas en brazos porque se malcrían.





Vínculos estables: tu guagua necesita que las personas que la cuiden sean estables. Los cambios múltiples y reiterados de cuidadores afectan sus necesidades básicas de seguridad, provocan



Interacciones: tu voz, miradas y gestos son excelentes herramientas para la estimulación de tu guagua. Durante sus primeros meses (o -3) no existe mejor juego, que tu cara y no necesita que uses objetos adicionales. Poco a poco se irá interesando por otros juguetes pero nunca olvides que el contacto cara a cara es muy motivante para tu bebé ¡Disfrútenlo!.

> Contacto físico: tomarla en brazos, hacerle masajes y usar activamente el portabebé no sólo les produce comodidad. También es fundamental para su desarrollo cerebral y una excelente herramienta para la prevención de cólicos y/o llanto excesivo. ¡Usa el Mei Tai!

McCormick Tribune Foundation and WTTW/TV, 1997, extraído y adaptado de Wiggings P., (2000) Infant Brain Development. Texas Child Care.

Ambientes seguros y saludables:
entregarles un ambiente que
sea estimulante, pero
sin ruidos excesivos,
acondicionado para
que puedan moverse
y explorar el entorno
de manera segura,
sin riesgos de accidentes,
sin humo de tabaco; ni
de leña.

Juego: es la actividad natural del niño(a). No es necesario hacer cosas complicadas, aprovecha los momentos de vestimenta, muda, paseos, etc.,



Lectura: leerle a tu hijo(a) diariamente, mejora su lenguaje, promueve la inteligencia y fomenta un amor eterno por los libros y por la lectura que serán de mucha ayuda en su aprendizaje pre-escolar y escolar.



Comunicación: imita sus sonidos, juega a "conversar" con tu guagua desde sus primeros meses, verás como esto se convierte en un espacio placentero para ambos y que ayudará a desarrollar óptimamente su

lenguaje.



Respeto por sus ritmos y características individuales:

al igual que nosotros, cada niño(a) tiene sus ritmos, preferencias e intereses. Estimularlos no significa presionarlos para adquirir una habilidad antes de que estén preparados para ello (p. ej: caminar solos). Observa la actividad espontánea de tu hijo(a), anímalo y apóyalo en sus logros pero también acógelo con cariño y paciencia cuando aún esté aprendiendo.

RECOMENDACIONES DE JUGUETES Y JUEGOS POR EDAD DEL NIÑO(A)

(Extraído de Nadie es Perfecto Intensivo: Manual del Facilitador, con autorización MINSAL, MDS y Banco Mundial. Autores: Equipo Programa de promoción del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos", mayor información en: www.juguemosconnuestroshijos.cl)

Edad: o a 6 meses

Necesidades de los niños(as):

- Contacto con otras personas, sobre todo con su mamá o su cuidador principal, por eso ellos son su mejor juguete.
- · Las guaguas buscan confort, atención y cariño. Necesitan que alguien esté con ellas hablándoles, cantándoles, en contacto piel a piel, sonriéndoles y acariciándolas.
- Disfrutan al conocer el mundo, por lo que alguien debe estar ahí para mostrárselo aprovechando sus momentos de vigilia.
- Cuidar de no sobre excitar o sobre estimular, ya que generará estrés y ansiedad. Los ritmos de un recién nacido son más lentos que los de un adulto.
- · Cuando un niño(a) está inquieto, buscar en primer lugar el motivo de su inquietud y luego responder a su necesidad, por ejemplo, mudarlo si esta mojado, abrigarlo si tiene frío o tomarlo cuando necesita estar cerca.
- · La comunicación ocurre básicamente a nivel gestual y con algunos sonidos. Luego de los 3 meses surge la "toma de turnos" entre el cuidador y el niño(a), donde es fundamental esperar y dar un tiempo al turno de respuesta del niño(a).

Actividades y juegos

- Interacciones cara a cara, use el rostro y modifíquelo para llamar su atención, a una distancia de entre 20 a 40 cms. e ir haciendo diferentes expresiones.
- Fomento de posición prona y de espaldas en suelo sobre goma Eva, desde el nacimiento hasta que vaya realizando giro, y luego ponerlo en prono acompañándolo.
- Ponerle un dedo a su manito para que lo apriete.
- Mostrarle cosas de colores vivos y moverlas lentamente para que las siga con las vista.
- Hacer sonar cascabeles, moviéndolos lentamente en diferentes direcciones para que el bebé las busque con su mirada.
- Jugar con sus deditos, tocarlos uno a uno, abrírselos, cantarle una canción con ellos.
- · Flexionar suavemente sus piernas y brazos. Cambiarlo de posición (de guatita, de espalda o sentado en la medida que su desarrollo lo permita)
- Repetir los sonidos que él/ella hace.
- Pasarle objetos con diferentes texturas, preferentemente suaves, comentando y nombrando las diferentes texturas.
- Acostar al bebé de espaldas, amarrar algún objeto llamativo y sonoro, como un cascabel a la altura de sus pies y animarlo para que patalee y así haga sonar el cascabel.
- · Las canillas, con el bebé acostado cómodamente sobre ellas, deben estar paralelas al piso. Se puede subir y bajar suavemente las piernas.
- Jugar a esconder cosas de su interés bajo una mantita, lentamente y mientras el bebé esté mirando. Si va a buscarlo, celebrarlo y si no lo hace, dejar una parte del juguete descubierta para que se vea.
- Jugar a dejar caer objetos, como llaves, juguetes, etc., para que el bebé siga con la mirada la caída.

Edad: 7 a 12 meses

Necesidades de los niños(as):

Cuando han crecido un poco, los niños(as) demuestran más interés por lo que pasa a su alrededor. Si bien siguen necesitando durante toda la primera infancia de la presencia y cercanía de su madre u otro adulto significativo, demuestran a la vez que el entorno llama su atención.

• Es importante ofrecer oportunidades variadas que satisfagan esta nueva necesidad e incentiven a seguir descubriendo y aprendiendo sobre lo que hay más allá.

• Por otra parte, su motricidad gruesa se va afirmando y comenzará a sentarse con y sin apoyo, a utilizar brazos y piernas con más seguridad para lograr ponerse de pie y hasta dar algunos pasos al finalizar esta etapa.

A nivel de comunicación empiezan a aparecer las primeras palabras a las que el niño les asigna un valor especial (gaga no solo es un sonido sino al azar sino que significa algo puntual).

Actividades y juegos

A partir de los 7 meses les gusta jugar a imitar gestos, por lo que se puede jugar a hacer diferentes gestos con la cara, esperando que el bebé imite.

• A esta edad los bebés comienzan a descubrir la causa y el efecto, por esto les fascina abrir y cerrar la puerta, encender y apagar la luz, etc.

A partir de los 8 meses les gusta jugar a meter objetos dentro de otros, para esto se puede ofrecer cajas con objetos más pequeños que pueda meter adentro.

· Fabricar sonajeros caseros, poniendo diferentes elementos, como porotos, arroz, tallarines, piedrecitas, dentro de cajas o botellas bien selladas.

• Jugar al equilibrio, sentando al niño(a) sobre una superficie blanda, suavemente levantar los pies, mientras el niño(a) hará esfuerzos por mantenerse sentado, hasta que caiga sobre su espalda. Luego empujar suavemente hacia un lado y luego hacia el otro. Todo esto acompañado de vocalizaciones y sonrisas.

Jugar a nombrar partes de su cuerpo, al vestirlo y desvestirlo.

· Al bañarlo, poner diferentes elementos en el agua, como tacitas, corchos, esponjas, para que vaya aprendiendo las características del agua y de los diferentes elementos.

Jugar a esconderse y aparecer, por ejemplo, diciendo "¿dónde está mamá? Acá esta".

Jugar a saltar: Parar al niño(a) en el centro de la cama, sosteniéndolo firmemente con las manos por los costados. Ayudarle a saltar repetidamente, levantándolo de la cama y poniéndolo de nuevo en ella, parado. Si el niño(a) ya camina, simplemente tomarlo de las manos y saltará solito, una vez que se acostumbre al movimiento "rebotante" de la cama.

• Afuera de la casa, llenar un vaso de agua y darle al niño(a) varios pinceles. Mostrarle cómo "pintar con agua", ya sea sobre el cemento, madera o cualquier superficie disponible.

Hacer una "montaña" con cojines y almohadas, poniendo los cojines más grandes y más estables abajo. Sostener al niño(a) y ayudarle a escalar la montaña de cojines y pararse triunfante en la cima.

Edad: 13 a 24 meses

Necesidades de los niños(as):

Lo propio de los niños durante su segundo año de vida es la exploración, el descubrimiento de los límites, ya sea de los lugares, las personas o los objetos.

Esta etapa se caracteriza por el desplazamiento. Los niños(as) comienzan a caminar y a descubrir todo lo que pueden hacer (caminar, correr, saltar, trepar, subirse y bajarse de muebles, peldaños).

El cuidador es una "base segura" a la que el niño(a) hace referencia para en su exploración y donde vuelve en caso de necesidad.

• Surge de manera importante en este periodo el lenguaje, sobre todo a partir de los 18 meses cuando se incrementa el vocabulario, aparecen las frases telegráficas para expresar y explicar lo que ven y sienten.

No hay que olvidar que los niños(as) son grandes imitadores por lo que harán y dirán todo que vean y escuchen. Por esto es fundamental poner atención a nuestros actos.

• Entre los 18 y los 24 meses aparece la atención conjunta con algunos adultos significativos y surge el juego simbólico que se ve favorecido por la capacidad del niño(a) de ir representando la realidad tal como la vive y la percibe.

Actividades y juegos

- Crear un circuito de obstáculos usando cojines y almohadas (se debe crear un circuito seguro).
- Jugar con juguetes de arrastre con una cuerda. Se puede incluso atar un cordel en una caja de zapatos para que el niño la tire. En la medida que van creciendo se puede amarrar otra caja o permitir que niño ponga sus juguetes dentro de ellas.
- Tener disponible una silla, piso o cajón a la altura del niño de tal manera que pueda sentarse y pararse.
- Jugar con pelotas de diferentes tamaños y texturas para lanzar o patear.
- Jugar con escaleras y escalones para subir y bajar.
- Llevarlo a lugares abiertos como plazas o parques para que se desplace libremente.
- Jugar al trasvasije usando dos pocillos (se pueden usar porotos, cereales, arroz, etc.)
- Jugar a desenvolver regalos (envolver objetos pequeños en papeles de regalo, ojala de distintos colores y texturas).
- Jugar con botellas plásticas donde pueda meter y sacar elementos pequeños (migas, cereales, pelotitas de papel arrugado, etc.)
- Cajas para meter y sacar cosas.
- Cubos de madera para construir torres, armar circuitos, etc.
- Perros de ropa y una superficie donde colocarlos.
- Esponjas y agua en un recipiente para que la llene y estruje.
- · Usando un cartón o trozo de madera liviana hacer agujeros y amarrar un cordel para que los niños(as) pasen el cordel de un lado a otro.
- Juegos de encaje (por ejemplo de figuras geométricas hechas de cartón o madera).
- Rompecabezas de 3, 4 o 6 piezas.
- Peluches o muñecas que los niños puedan cuidar, alimentar, abrazar, etc. Estos pueden tener ropa con botones grandes, velcros o cordones.
- Crear música en la cocina (usando ollas, cucharas y otras cosas de la cocina).
- Autos, pistas sin sonidos (se pueden construir con madera o cartón, no es necesario comprar).
- Lápices o tizas y papeles de diferentes tipos para rayar.
- Témpera y brochas para pintar. También puede usar sus dedos en hojas de diario o pliegos de papel.
- · Hablar con los niños(as) mencionando las cosas que hay a su alrededor. Esto puede hacerse también con las partes del cuerpo durante la muda, el baño o al vestirse.
- · Leer libros de cuentos y lectura dialogada. Podemos usar libros de plástico, de género, de goma Eva, de madera, de cartón, de papel, lo que hará más atractiva esta actividad.
- Usar fotografías de los mismos niños(as), su familia, cosas y lugares familiares.
- Cantar canciones infantiles (ojalá cortas y sencillas para que las puedan aprender)

Edad: 2 a 3 años

Necesidades de los niños(as):

- Aún siguen motivados por explorar su entorno y ver las posibilidades que este les ofrece. Muchas veces buscan caricias o atención y es importante tener un referente adulto que les de seguridad para desenvolverse.
- A partir de los 2 años el lenguaje empieza a utilizarse de manera más extendida y el niño(a) comprende que se puede valer de las palabras para manifestar sus intereses, necesidades, gustos y preferencias.
- El juego simbólico y la atención conjunta maduran, además del lenguaje y tienen un rol fundamental a la hora de iniciarse en la vida social con sus pares.

Actividades y juegos

- Jugar con pelotas: a tirar la pelota, achuntarle a un canasto, a botar palitroques (pueden ser botellas desechables).
- Jugar a realizar actividades como "Simón manda" levantar las manos, los pies, sentarse, pararse, etc. O bien al "1,2, 3 momia es"
- Imitar animales (saltando como canguro, caminando como pingüino, saltando como mono, volando como pájaro, etc.).
- Pintura con témpera.
- Jugar con plasticina o masa.
- Crear collares (enhebrando fideos los que después se pueden pintar).
- Creaciones artísticas usando distintos materiales de desecho, aprovechando sus texturas, colores y formas (cajas de huevo, rollos de confort, cajitas de remedios, etc.)
- Crear cuentos (usando recortes de revistas y diarios). Se pueden plastificar para aumentar su duración y resistencia.
- Jugar a hablar por teléfono usando celulares o teléfonos desconectados.
- Teatro de títeres (usando títeres, calcetines o los dedos)
- Jugar a la mímica simple (por ejemplo tomar el té)
- Jugar a la casita: a cuidar y bañar a la guagua, cocinar, barrer, carpintear, etc.
- Jugar a los animales, se puede crear zoológicos, jugar a la selva, etc. (usando animales plásticos)
- Jugar a disfrazarse usando la ropa de papá y mamá.
- Rodados: correpasillos, triciclo, monopatín estable.

Edad: 3 a 5 años

Necesidades de los niños(as):

- La autonomía e independencia surgen con fuerza a esta edad. Si bien siguen siendo personas dependientes de un adulto, pueden separarse con mayor facilidad motivándose con juegos, juguetes o personas que le sean atractivas y le den seguridad.
- A esta edad, los otros niños empiezan a ser interesantes y surge el juego colaborativo y compartido donde los demás son parte importante del juego y de ellos depende que todo resulte.
- Entre los 4 y 5 años empiezan a utilizarse las reglas, que pueden ir cambiando según el juego o los jugadores.

Actividades y juegos

- Juguetes como puzles, libros, set de madera, goma Eva, cartón u otro, con figuras, formas, colores, letras y números.
- Libros, diarios, revistas al alcance de los niños(as) para manipular y elegir libremente y poder relatar historias nuevas o conocidas.
- Radio y música infantil para cantar y bailar.
- Cuerdas para saltar o bien delimitar un espacio de juego.
- Disfraces (de ropa que no se use) o géneros para disfrazarse.
- Instrumentos musicales fabricados con desecho (sonajeros con botellas, pandereta con tapitas metálicas, etc.).
- Uso de tijeras para niño(a) (punta redonda) bajo supervisión.
- Pegamento y diferentes materiales para pegar (papeles, restos de género, brillos, botones, etc.).
- Plasticina, greda, masa o arcilla para modelar.
- Al aire libre correr, saltar, trepar, hacer equilibrio sobre una cuerda o línea en el suelo.
- Rodados: triciclo, monopatín y bicicleta.

Anexo 15

HABILITACIÓN DE SALA DE ESTIMULACIÓN EN CENTRO DE SALUD.

Infraestructura: La sala de estimulación está considerada dentro del proyecto médico arquitectónico (PMA) como parte de la infraestructura de los centros de salud, desde el año 2009, con una superficie de 18 mts. cuadrados.

Equipamiento: La sala considera dentro de su infraestructura el siguiente equipamiento o instrumental mínimo.

Equipo/equipamiento/instrumental	Cantidad por recinto
Mesa pre escolar	2
Sillas prescolar	8
Sillas visitas	4
Set de 36 utensilios didácticos	1
Mesón escritorio con cajonera	1
Silla ergonométrica	1
Espejo adosado a la pared de 1,5 mts. de ancho por 1 mt. de alto	1
Repisa dos divisiones para juguetes al alcance de niños	1
Cajón para juguetes 70 x 70 x 50 cms. de alto	1
Estante con repisa y puertas correderas	1

Habilitación: El equipamiento cuenta con 36 materiales lúdicos y didácticos mínimos para su habilitación son:

Material

Alfombra didáctica
Caja de lenguaje
Centro de Actividades
Cojín Didáctico
Cubos de género para lactantes
Cubo con mica para lenguaje
Encajes planos
Encajes en volumen
Encajes Vertical
Espejos
Instrumentos musicales
Juego de arrastre con sonido
Juego de Construcción
Juego de valores
Láminas

Libros para niños y niñas
menores de dos años.
Libros plásticos
Medios de transportes
Móvil de pañuelos de tul
Muñecos/as
Música grabada
Palitroques para lactantes
Palitroques para niños/as de 2
a 5 años
Pelotas
Rompecabezas
Set de pelotas en contenedor
Set de animales
Sonajeros, cascabeles

Teléfono de juguete
Títeres
Títeres de dedos
Torre didáctica
Trompo Musical
Túnel

Anexo 16

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA PARA CENTROS DE SALUD Y MODALIDADES DE APOYO AL DESARROLLO INFANTIL

Referencia (derivación)				
Modalidad a la cual deriva:				
I) ANTECEDENTES DEL NIÑO(A):				
Nombre:	Fecha Nacimiento:			
Rut:	Teléfono:			
	reletotto.			
Domicilio:				
Adulto responsable:				
Institución que deriva:				
Nombre de profesional y cargo:				
Teléfono:	Correo:			
Fecha de derivación:	Fecha propuesta para seguimiento:			
II) ANTECEDENTES SIGNIFICATIV	OS DE LA DERIVACIÓN:			
Motivo de derivación:				
Factores Protectores	Factores de Riesgo			
Evaluaciones Realizadas: Test de Desarrollo Resultado Total: Resultado por Área: Coordinación Lenguaje Motricidad Pauta Breve Desarrollo Psicomotor Normal Alterada Pauta de Riesgo Biopsicosocial Normal Alterada Observaciones:				
Observaciones:				

Contra-referencia (retroalimentación): Red Comunal ChCC				
Institución a la que se envía retroalimentación:				
I) ANTECEDENTES DEL NIÑO(A)				
Nombre:		Fecha Nacimiento:		
Rut:	Teléfono:			
Domicilio:				
Adulto responsable:				
Modalidad que atendió al niño(a):				
Nombre de profesional y cargo:				
Teléfono:	Correo:			
Fecha de ingreso a modalidad:	Fecha de egreso:			
II) ANTECEDENTES SIGNIFICAT	TVOS DE LA DERIVACIÓN:			
Principales resultados del plan de intervención:				
Principales avances	Principales dificultades			
Observaciones:				
Observaciones:				

Anexo 17

TIPS DE FOMENTO DE LENGUAJE PARA PADRES, MADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS(AS) QUE RECIÉN COMIENZAN A HABLAR.

Estas recomendaciones se orientan a los niños y niñas que han comenzado a decir sus primeras palabras (p.ej: "papá", "mamá"), o están empezando a hacer frases de dos palabras (p. ej; "Mamá leche"). ¡Usa estos consejos y pasa un buen momento ayudando a tu hijo(a) a desarrollar su lenguaje!

1

PONTE FRENTE A FRENTE CON TU HIJO(A)

Intenta ubicarte a la altura de tu hijo(a) cada vez que puedas. Cuando estás cara a cara con él, es más probable que se comunique más contigo ya que ve que estás a su alcance y percibe tu interés en lo que está haciendo. También te ayudará a comprender lo que te está queriendo comunicar y así conocer las cosas que le llaman la atención. ¡A los niños(as) les encanta cuando los adultos interactúan con ellos a su mismo nivel!

2

SI TU HIJO(A) PRONUNCIA MAL UNA PALABRA O DICE LAS PALABRAS EN DESORDEN, NO ES NECESARIO CORREGIRLO

Cuando pase esto, repítele la palabra o frase de la manera correcta y luego sigue con la conversación. Por ejemplo, si tu hijo(a) dice "eche" al indicar la leche, puedes decirle "¿quieres tomar leche?, enfatizando esta palabra al decirla. No es necesario corregir al niño(a) o decirle que diga la palabra de nuevo, ya que al darle la oportunidad de escuchar "cómo se dice" sin corregirlo o retarlo, se sentirá motivado a seguir intentando, irá incorporando la información poco a poco y podrá decir la palabra o frase correctamente cuando esté listo para ello.

3

REFUERZA EL JUEGO IMAGINARIO

Una vez que el niño(a) comienza a usar palabras, se suelen ver también sus primeros intentos de juego simbólico o "imaginario". Esta es una muy buena herramienta para fomentar el desarrollo del lenguaje. Refuerza este tipo de juego usando juguetes simples para ello (p. ej: tacitas, miniaturas de comida, animales de peluche, títeres, personas de juguete, autitos, etc.). Dale sólo un tipo de juguete a la vez (p. ej: sólo las tacitas y la comida) y observa lo que hace con ellos. Luego "sigue su juego", haciendo lo que él hace (evita decirle lo que tiene que hacer o cómo usar los juguetes). De vez en cuando añade alguna acción a este juego imaginario (p. ej: soplar en una tacita porque la sopa "está muy caliente"). ¡Luego espera a ver cómo responde tu hijo(a) y continúen el juego!



Cuando no estés segura(o) de qué hacer, imítalo.

Si no sabes bien cómo iniciar el juego, puedes partir imitando las acciones o sonidos que está haciendo tu hijo(a). Por ejemplo, si está empujando un autito por el suelo, toma tú también un autito y empújalo también por el suelo. Si tu hijo(a) hace sonidos mientras empuja su auto (rrrroooommmm), puedes hacer el mismo sonido también. Si tu hijo(a) te ve y vuelve a hacer lo mismo, imítalo otra vez. ¡Esto es muy entretenido para él/ella y luego el juego será fácil para los dos!

5

CUANDO NO LE ENTIENDAS, INTENTA ADIVINAR.

Cuando no puedas entender lo que te está diciendo, mira alrededor e intenta encontrar lo que tu hijo(a) está mirando o mostrándote. Esto te puede ayudar a saber lo que quiere decirte. Trata de adivinar y si no resulta, intenta imitar lo que te dijo. A veces cuando el niño(a) ve que estás tratando de entenderle, va a intentar transmitir nuevamente su mensaje lo más claro que pueda.

6

HAZLE PREGUNTAS CON OPCIONES PARA INCENTIVARLO(A) A USAR UNA PALABRA.

Dale a elegir entre dos alternativas (p. ej: ¿Quieres un plátano o una manzana?), mostrándole las dos frutas mientras lo haces. De esta manera, tu hijo(a) escucha la palabra dentro de una pregunta y se motiva más a responderte, ¡especialmente si la última palabra es la de la fruta que quiere...!.

Y si tu hijo(a) aún no está listo para decir la palabra, podrá apuntarla o intentar tomarla.

7

Usa cambios en las rutinas cotidianas como oportunidades para que tu hijo(a) se comunique.

Haz algo diferente en algunas de las cosas que haces todos los días con él/ella para incentivar que se comunique. Por ejemplo, haz como que te vas a poner su zapato, dale un tenedor para la sopa, etc. Así, tu hijo(a) tendrá muchas ganas de comunicarse contigo. Si usa una palabra, está muy bien. Si usa alguna seña no verbal, ¡también está muy bien! Refuérzalo diciéndole alguna frase breve que le transmita que entendiste su mensaje (p. ej.: "¿Quieres que el papá se ponga tu zapato?", o "¡Que distraída yo!, ¡la sopa se toma con cuchara!"). Es importante hacerlo sólo a veces, la idea es que sea divertido y no frustrante para el niño(a).

8

Es esperable que tu hijo(a) use una palabra a veces y no siempre.

No te frustres si esto pasa. Cuando un niño(a) está recién aprendiendo a hablar, necesita mucha práctica en usar una palabra antes de que sea parte de su vocabulario habitual. Responde siempre a todos los intentos de comunicación de tu hijo(a) (con o sin palabras), con lo que creas que te está tratando de decir. Por ejemplo, si a veces dice "tato" al zapato pero otras veces sólo te lo indica, no te tientes a insistir en que diga la palabra. Sólo dile, "la mamá te va a poner el zapato… ¡que lindo es tu zapato!". Mientras más veces escuche la palabra, más fácil se le hará recordar como suena y poder decirla.

9

Usa gestos cuando le hables.

Los gestos son una parte muy importante de la comunicación y le ayudan a tu hijo(a) a entender lo que le estás diciendo. Por ejemplo, si quieres que se lave la cara, haz como que lavas la tuya mientras le dices "vamos a **lavarnos** la cara"; si le pides que vaya a buscar sus zapatos, **apúntalos** mientras le das la instrucción. Los gestos también dan ejemplos de mensajes no verbales que tu hijo(a) también puede usar. Además, son como un "puente" para aprender las palabras que representan.

10

Cuando diga una palabra, aumenta su mensaje

Cuando tu hijo(a) diga una o dos palabras, ayúdalo a desarrollar su lenguaje sumando ideas a su mensaje. Por ejemplo, si te dice "luz" cuando ve que la enciendes, puedes decirle "el papá prendió la luz"; si dice "pelota" para que se la lances, puedes decirle "¡sí la mamá va a tirarte la pelota!".

A medida que escucha estos mensajes "aumentados", va aprendiendo los pasos siguientes para avanzar en su uso del lenguaje y los utilizará cuando esté preparado.

Referencias

- * Aguilar, B; Sroufe, L. A; Egeland, B & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early onset/persistent and adolescence onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. Development and Psychopathology. 12, pp. 109 132.
- * Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., & Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. En M.P.M Richards (Ed.), The integration of a child into a social world (pp. 99 135). London: Cambridge University Press.
- * American Psychiatric Association (2010).DSM-5 Development. Disponible en: http://www.dsm5.org/ ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=487
- * Ato, E., Galián, M°., Cabello, F. (2009). Intervención familiar en niños(as) con trastorno del lenguaje: Una revisión. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 7(3), 1419-1448.
- * Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Metaanalyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. Psychological Bulletin, 129, 195-215.
- * Barth, R.P., Scarborough, A., Lloyd, E.C., Losby, J., Casanueva, C., & Mann, T. (2008). Developmental Status and Early Intervention Service Needs of Maltreated Children. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- * Binda, V. & Figueroa, F. (2012). Taller "Fortaleciendo el vínculo hacia un apego seguro". Proyecto FONIS convocatoria año 2012.
- $_{*}$ Bloom, P. (1998). Some issues in the evolution of language and thought. En: D. Cummins and C. Allen. The evolution of mind. Cambridge MIT Press.
- * Bly, L., 1998. Motor Skills Acquisition in the First Year, an Ilustrated Guide to Normal Development. Therapy Skill Builders.
- * Bowlby, J. (1988). Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires. Paidós.
- * Brunet, O. & Lezine, L. (s/f). BL Escala de para Medir el Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia.Madrid: MEPSA
- * Bushnell, E. W., & Boudreau, J. P. (1993). Motor development and the mind: The potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development. Child Development, 64, 1005–1021.
- * Carneiro, Pedro Manuel and Heckman, James J., Human Capital Policy (July 2003). IZA Discussion Paper No. 821. Disponible en SSRN: http://ssrn.com/abstract=434544
- * Cassidy, J., & Shaver, Ph.R. (Eds.) (2008). Handbook of attachment, Second Edition: Theory, Research, and clinical applications. New York: The Guilford Press.
- * Castro M., Mingo V., Fillol M., Mongillo M., Alfaro K. et. al. (2009). Programa de promoción del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos". Red salud UC.
- * Crittenden, P. (2006). Using the CARE-Index for Screening, Intervention, and Research. Disponible en: http://www.patcrittenden.com/
- * Center on the Developing Child at Harvard University (2011). Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper No. 11. Disponible en www.developingchild.harvard.edu

- * Centre for Community Child Health Australia (2006). Language Problems: Practice Resource. En Línea: http://raisingchildren.net.au/verve/ resources/Language problems.pdf>. Consulta el día 20 de Octubre de 2011.
- * Chugani HT, Phelps ME, Mazziota J. 1997. Positron Emission tomography study of human brain functional development ANN Neurol; 22:48797.
- * Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (Eds.). (1995a). Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods. New York: Wiley.
- * Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (Eds.). (1995b). Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder and adaptation. New York: Wiley.
- * Conde, J., Viciana, V., 2001. Fundamentos para el Desarrollo de la Motricidad Temprana. 2º Edición. Ediciones Aljibe.
- * Da Fonseca, V., 1996. Estudio y Génesis de la Psicomotricidad. INDE Publicaciones.
- * Dale, P., Price, T., Bishop, D., & Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. Journal of Speech and Hearing Research, 46, 544–560.
- * Davies D. 2011. Child Development. A practitioner´s guide. 3° Ed. The Guilford Press. New York.
- * Delgado, V., Contreras, S. 2010. Desarrollo Psicomotor en el Primer Año de Vida. Ed. Mediterráneo. Viña del Mar.
- * Derzon J., Stein-Seroussi A., and Ringwalt, C. (2005). SAMHSA's Supplemental Prevention Outcome Measures. Pacific institute for research and evaluation. Disponible en: www.pire.org
- * Derzon, J. H., Sale, E., Springer, J. F., & Brounstein, P. (2005). Estimating intervention effectiveness: Synthetic projection of field evaluation results. The Journal of Primary Prevention, 26, 321–343.
- * DIPRES. 2011. Informe Final de Evaluación de Programas de Gobierno. Programa de Apoyo al Recién Nacido(a). Ministerio de Planificación. Ministerio de Salud. Disponible en http://www.chccsalud.cl/archivos/blog/parn/inf_final_dipres.pdf
- * DuBois, D; Holloway, B; Valentine, J & Cooper, H. (2002). Effectiveness of Mentoring Programs for Youth: A Meta-Analytic Review. American Journal of CommunityPsychology, Vol. 30, No. 2.
- * DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: A meta- analytic review. American Journal of Community Psychology, 30, 157–198.
- * Dufrene, B. A., Noell, G. H., Gilbertson, D. N., & Duhon, G. J. (2005). Monitoring implementation of reciprocal peer tutoring: Identifying and intervening with students who do not maintain accurate implementation. SchoolPsychologyReview, 34, 74–86.
- * Educational Productions, Keystone Instructional Services Division (1985). Oh Say What They See: an Introduction to Indirect Language Stimulation Techniques. Educational Productions, Portland, OR. Disponible en: http://op.nbschools.net/ourpages/auto/2011/4/6/59056661/oh%20say%20what%20you%20see.pdf
- * Eluvanthingal, T. J., Chugani, H. T., Behen, M. E., Juha´sz, C., Muzik, O., Magbool, M., et al. (2006). Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: A diffusion tensor imaging study. Pediatrics, 117, 2093–2100.
- * Feinstein L. y Duckworth K., 2006. Development in the Early years: its importance for school performance and adult outcomes. Centre on the Research of the wider benefits of learning. Research Report 20.
- * Feldman, H., Campbell, T., Kurs-Lasky, M., Rockette, H., Dale, P., Colborn, D., Paradise J., (2005). Concurrent and Predictive Validity of Parent Reports of Child Language at Ages 2 and 3 Years. Child Development; 76(4): 856–868.
- * Fernald, A., Perfors, A., & Marchman, V.A. (2006). Picking up speed in understanding: Speech processing efficiency and

vocabulary growth across the 2nd year. Developmental Psychology, 42(1), 98-116.

- * Fernald L., Kariger P., Engle P., Raikes A. (2009). Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life. The World Bank. Washington D.C.
- * Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. Clinical Psychology Review, 28, 904-916.. Disponible en: http://www.spinusa.org/Video%20feedback.pdf
- * Gomez E., Muñoz M., Santelices P. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. Terapia Psicológica Vol. 26, N° 2, 241-251
- * Greenwood, C. R., Tapia, Y., Abbott, M., & Walton, C. (2003). A building-based case study of evidence-based literacy practices: Implementation, reading behavior, and growth in reading fluency, K-4. The Journal of Special Education, 37, 95–110.
- * Gunnar, M. & Quevedo, K. (2006). The Neurobiology of Stress and Development. Annual Review of Psychology. Vol. 58: 145-173
- * Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. Progress in Brain Research. Volume 167.
- * Hart, B., & Risley, R. T. (1995). Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Baltimore: Paul H. Brookes.
- * Heim, C., Newport, J., Mletzko, T., Miller, A. & Nemeroff, C. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. Psychoneuroendocrinology. 33, 693–710
- * Heussler, I.M., Marchant, T. (2003). TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años. Décima edición. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- * Iceta, A., Yoldi, M.E. (2002). Desarrollo psicomotor del niño(a) y su valoración en atención primaria. ANALES Sis San Navarra 25 (Supl. 2): 35-43.
- $_{*}$ Johnston, K. (2011). The program for infant/toddler care. © WestEd & California Department of Education.
- * Kandel, E.R. 2000, Cellular mechanisms of learning and the biological bases if individuality. Principles of neural sciences. Mc-Graw Hill. New York.
- * Kuhn, D. & Siegler, R. (1998), (Eds) Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, language, and perception, (5th ed.), Wiley, New York
- $_{*}$ Largo, R. (2007). Baby Jahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. Piper: Zürich
- * Law J, Garrett Z, Nye C (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD004110. DOI: 10.1002/14651858.CD004110.
- * Lecannelier F., Hoffmann M., Ascanio L., Flores F, Pollack D. (2008). Programa de intervención para el fomento del apego en familias con hijos entre 1 y 4 años A-M-A-R. Centro de estudios evolutivos e intervención en el niño. Universidad del Desarrollo.
- $_{*}$ Lecannelier, F. (2009). Apego e intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos. LOM ediciones.
- * Llorca, M., Ramos, V., Sánchez, J., Vega, A. 2002. La Práctica Psicomotriz: Una Propuesta Educativa Mediante el Cuerpo y el Movimiento. Ediciones Aljibe.
- * Lyons-Ruth, K. (2003). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for M ental Health

Professionals, vol. 19, No. 4, pp. 576-617.

- * Maggiolo M., De Barbieri Z., Zapata O. (1999). Presentación de un programa de estimulación temprana para el desarrollo de la comunicación. Rev. Fonoaudiológica, Buenos Aires, Tomo 45, N° 2, pp. 25-39.
- * Maggiolo, M., Varela, V. (Año no Especificado). Programa de estimulación temprana. Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.
- * Martínez M., (2012) Jornada "Buenas Prácticas en Modalidades de Estimulación Temprana en Salud". Hospital Familia y Comunidad Sa. Bárbara. Documento pdf. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/07/ Libro-Resumen-Jornadas-Modalidades-de-Estimulacion-Temprana.pdf
- $_{\ast}$ McCain M, Mustard F. & McCuaig K. (2011). Early years study 3. Toronto. McCain Family Fundation
- * Meaney, MJ. (2011). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. Annu Rev Neurosci. 24:1161-92.
- * Mehta, MA, et. al. (2009). Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: the English and Romanian Adoptees study pilot. J Child Psychol Psychiatry. 2009, Aug 50(8)
- * Mercy y Steelman, 1982. Familial influence on the intelectual attainment of children. American Sociological Review 47:532-42.
- * Meluish E. (2010). Why children, parents and home learning are important. In Sylva K, Meluish E, Sammons P et al. 2010. Early childhood matters: Evidence from the effective pre-school and primary education project. Routledge.
- * Mineduc. 2007. Mapas de progreso del aprendizaje para el nivel de educación parvularia. Instrumento complementario a las bases curriculares.
- * Michaelis 1999. Checkliste Grenzsteine der kindliche Entwicklung.
- * Ministerio de Desarrollo Social, (2011). Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo Chile Crece Contigo. Manual de Uso ChCC Módulo Gestión. Septiembre 2011. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/01/manual gestion-DIC2011.pdf
- * Ministerio de Desarrollo Social (2012). Estudio para el mejoramiento continuo de la calidad de las modalidades de apoyo financiadas por el fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo infantil del Ministerio de Planificación. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/
- * Ministerio de Salud, Ministerio Desarrollo Social, (2009) Taller de Competencias Parentales Nadie es Perfecto. Material de Padres, madres y cuidadores. Disponible en www.crececontigo.cl.
- * Ministerio de Salud, Ministerio Desarrollo Social y Banco Mundial. (2011) Nadie es Perfecto Intensivo: Manual del Facilitador. Autores: Equipo Programa de promoción del desarrollo Juguemos con nuestros hijos.
- * Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social. (2012) Nota Metodológica para los equipos de salud. Programa de Apoyo al Recién Nacido(a) 2012. Chile Crece Contigo. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/
- * Ministerio de Salud (2008). Orientaciones Técnicas: Visita domiciliaria integral para el desarrollo Biopsicosocial de la infancia. Chile Crece Contigo. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/
- * Ministerio de Salud. (2008). Nota Metodológica para los equipos de salud. Acompañandote a Descubrir, Chile Crece Contigo. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/
- * Ministerio de Salud. Chile Crece Contigo, Catálogo de Prestaciones del PADBP, 2012. Disponible en http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/

- * Ministerio de Salud, 2006. Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006. Subsecretaría de Salud Pública. Disponible en http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20 de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf
- * Ministerio de Salud Centro de estudios evolutivos e intervención en el niño. Universidad del Desarrollo (2011). Escala de apego durante estrés (ADS-III). Documento de trabajo.
- * Ministerio de Salud. (2008). Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de o a 6 años. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-o-a-6-Anos-2008.pdf
- $_*$ Ministerio de Salud. (2005). Reglamento sobre Seguridad de los Juguetes, DTO. N°114 DE 2005, publicado en el diario oficial el 17.06.05. Disponible en checksalud.cl
- * Ministerio de Salud. (2010) Guía para la promoción del desarrollo infantil en la gestión local. Niños y niñas en el centro de su comunidad. LOM, Santiago. Disponible en http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-equipos-de-trabajo/
- * Ministerio de Salud. (2007). Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de o a 6 años, revisión sistemática de la literatura. Autores: Moraga, C. & Moreno, G. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/especialistas/documentos/
- * Ministerio de Salud. (2012) Plan Nacional de Salud de la Década 2011 2020.
- * Ministerio de Salud. (2010). Documento borrador Orientaciones Técnicas de Sala de Estimulación en el Centro de Salud. Documento Interno.
- * NYS Speech-Language-Hearing Association (2011).Late Talkers: A Variation of Normal Development? Disponible en: http://www.nysslha.org/files/public/Late Talkers.pdf> Consulta el 20 de Octubre de 2011.
- * New York State Department of Health (1999). Clinical Practice Guideline: Quick Reference Guide. Communication Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years). Publication No. 4219.
- * Oates, J., Karmiloff Smith, A., Jhonson, M. 2012. Developing brains. The Open University. U.K.
- * Pan American Health Organization. 2001. Regional Strategic Plan for Health Promotion and Integrated Child Development. Working Document. Washington DC.
- * Peña A., 2012, Manual de Supervisión PADBP-PARN, Documento interno, Servicio de Salud Ñuble.
- * Peña A., Vargas N., Sanhueza J., 2012. Pauta de Supervisión de Sala de Estimulación. Documento interno. Servicio de Salud Ñuble.
- * Pérez-Olarte, P. (2003). Evaluación y manejo del niño(a) con retraso psicomotor. Pediatría Integral; VII (8):557-566.
- * Pikler E., (2000) Moverse en libertad, Desarrollo de la Motricidad Global.
- * Pikler E., (2008) El Desarrollo postural y motor autónomo.
- * Pontificia Universidad Católica de Chile. 2012. Manual de Atención Temprana para niños y niña con síndrome de Down. Actualidades Médicas: Santiago.
- * Póo Argüelles, P. (Año No Especificado). Desarrollo psicomotor. La normalidad y los signos de alerta. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/MR_Psicomotor_normalidad_signos_alerta.pdf
- * Pordes A. y Strelitz J. 2012, An Equal Start: Improving outcomes in Children´s Centres. Institutes of Health Equity. Department of Epidemiology & Public Health. University College London. Disponible en HYPERLINK "http://www.instituteofhealthequity.org"www.instituteofhealthequity.org

- * Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security, and young children's emotion understanding in a high risk sample. Social, emotional and personality development (5th edition, pp. 105 176). The New York Wiley
- * Rescorla, L., & Schwartz, E. (1990). Outcome of toddlers with specific expressive language delay. Applied Psycholinguistics, 11; 393–407.
- * Rescorla, L., Dahlsgaard, K., & Roberts, J. (2000). Late-talking toddlers: MLU and IPSyn outcomes at 3.0 and 4.0. Journal of Child Language, 27, 643–664.
- * Rice P., (1998). Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital. 2° Ed. Ed Pearson
- * Rice, M., Taylor, C., Zubrick, S. (2008). Language Outcomes of 7-Year-OldChildren With or Without a History of Late Language Emergence at 24 Months. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. Vol. 51; 394–407.
- * Rice, M. & Wilcox, K.A. (Eds., 1995), Building a language-focused curriculum for the pre-school classroom, Volume 1: A foundation for lifelong communication, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- * Robinson, J. (2002). Attachment problems and disorders in infants and young children: Identification, assessment, and intervention. Infants and Young Children, 14(4), 6-18.
- * Rodríguez, S., Arancibia, V., Undurraga, C. (1976). Escala de evaluación de desarrollo psicomotor para niños(as) entre o y 2 años. Santiago: Editorial Galdoc.
- * Rothbarth M., & Bates J.E. (1998). Temperament. En W. Damon y N. Eisenberg (Eds), Handbook of Child Psychology, vol.3. Social, emotional and personality development (5^a ed,). New York, Wiley.
- * Roulstone S.,Law J., Rush R. et al. 2010. Investigating the role of language in children's early educational outcomes. Department for Education.
- $_{*}$ Rycus J. y Hughes R. 1998. The field guide to child welfare. Vol III: Child development and child welfare. Child welfare league of America Press.
- * Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon (Editor-in-Chief) & N. Eisenberg (Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development. (5th edition, pp. 237 309). The New York Wiley
- * Sanhueza J., 2012. Limpieza y Desinfección de Material Didáctico para Estimulación. Documento interno, SEREMI de Salud Ñuble , Coordinadora ChCC Provincial, SEREMI de Salud Ñuble.
- * Sax N., Weston E. (Eds.) (2007).Language Development Milestones. Disponible en: http://www.rehabmed.ualberta.ca/spa/phonology/milestones.pdf
- * Schonhaut L., Maggiolo, M., De Barbieri, Z., Rojas, P., Salgado, A.M. (2007). Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. Rev. Chilena de Pediatría 2007; 78 (4): 369-375
- * Schonhaut, L., Maggiolo, M. (2010). Alta frecuencia de dificultades de lenguaje en la población preescolar. Salud (i) Ciencia 17(8):808-811.
- * Schoon, I., Parsons S., Rush R. et al. 2010. Childhood language skills and adult literacy: A 29 Years follow-up study. Paediatrics, 125(3):459-466.
- * Servicio Nacional de Menores Universidad del Desarrollo. Manual de Intervención temprana socio-afectiva para bebés de 0-12 meses. Disponible en: http://www.sename.cl/wsename/otros/doc_sename/Manual_Estimulacion_Temprana_0-12_meses_SENAME.pdf
- * Shore, R. 1996. Rethinking the brain: new insights into early development. F&W institute.
- * Shumway-Cook, A, Woollacott, MH. 2001. Motor Control, Theory Practical Applications. Lippincott-Williams &

Wilkins.

- * Siegel, A., Hreday, N., Sapru, P. (2010). Essential neuroscience. Lippincott Williams & Wilkins,
- * Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, A. (2005). **Development of the person.** The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York. The Guilford Press.
- * Shonkoff, Jack P. (Editor); Phillips, Deborah A. (Editor). (2000). Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington DC: National Academy Press.
- * Siegel, D. J., 1999. **The Developing Mind.** New York: Guilford Press.
- * Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, A. (2005) **Development of the person.** The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York. The Guilford Press.
- * State Board of Education (2007). Early Childhood: A Guide to Early Childhood Program Development State of Connecticut.
- * Tamis-LeMonda, C. S., & Baumwell, L. (2011). Parental Sensitivity in Early Development: Conceptualization, Methods, Measurement and Generalizability. In D. Davis & M. Cynthia Logsdon (Eds.), Mental Sensitivity: A critical review for practitioners, Nova Science Publishers, Inc.
- *The Lawson Foundation. (2011). Parenting Series Physical Activities. Disponible en HYPERLINK "http://www.excellence-earlychildhood.ca" www.excellence-earlychildhood.ca
- * Thompson, P. (2006) Promoting early development. The Guilford Press.
- * Tsybina, I., Eriks-Brohpy, A. (2007). Issues in Research on Children with Early Language Delay. **Contemporary Issues in Communication Science and Disorders**, 34; 118–133.
- * Tsybina, I., Eriks-Brohpy, A. (2007). Issues in Research on Children with Early Language Delay. **Contemporary Issues in Communication Science and Disorders**, 34; 118–133.
- * Vojta, V., Schweizer, E. 2011. El Descubrimiento de la Motricidad Ideal. Ediciones Morata.
- * Wilson S., Lipsey M., Derzon J. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 71(1):136-49.
- * Wolfe, D., Heilmann, J. (2010). Simplified and expanded input in a focused stimulation program for a child with expressive language delay (ELD). **Child Language Teaching and Therapy**, 26(3); 335–346.
- * Woodward, A. L., & Markman, E. M. (1998). Early word learning. In W. Damon (Series Ed.) & D. Kuhn, & R. Siegler (Vol. Eds.), Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception and language (5th ed., pp. 371–420). New York: Wiley

Recursos Web:

* Chile Crece Contigo:

http://www.crececontigo.cl

* Chile Crece Contigo Salud (Blog):

chccsalud.cl

* Directorio de Modalidades de Estimulación:

http://www.crececontigo.gob.cl/dme/

* Web del Sistema de Gestión de Convenios para proyectos FIADI:

http://sigec.mideplan.cl/sigec/

* Servicio gratuito de ayuda telefónica Fonoinfancia:

http://www.integra.cl/opensite_20110824112864.

* Center on the Developing Child, Harvard University:

www.developingchild.harvard.edu,

* American Academy of Pediatrics:

http://www.aap.org

* Modelo Dinamico Maduracional de Apego:

http://www.patcrittenden.com/

* Child Care Aware:

http://www.childcareaware.org/en/

* National Literacy Trust; Words for Life:

www.literacytrust.org.uk

* Circle of Security, Early Intervention Program for Parents and Children,

http://www.circleofsecurity.org/

. Zero to Three:

http://www.zerotothree.org

* Corporación Chilena Integración Sensorial:

http://www.ischile.cl/

* Web Hubbard's Cuppboard, disponible en:

http://www.hubbardscupboard.org/weeks 1 2 and 3.html

* Programa Abriendo caminos:

http://www.chilesolidario.gob.cl/abriendo_caminos/

* Centro de estudios evolutivos e intervención en el niño (CEEIN)

www.psicologia.udd.cl/ceein

* Centro de estudios y atención del niño y la mujer (CEANIM):

www.resiliencia.cl

* Programa Juguemos con nuestros hijos:

www.juguemosconnuestroshijos.cl

* Familia y parentalidad:

www.familyandparenting.org

* Los años fundacionales:

http://www.foundationyears.org.uk/library/general-resources/

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil:

Guía para los equipos locales.

Chile Crece Contigo