

# Crerios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI)

Diciembre de 2017





## **Autoridades Nacionales**

**Presidente de la Nación**

Ing. Mauricio Macri

**Ministro de Salud**

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

**Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y  
Control de Riesgos**

Dr. Mario Kaler

**Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia**

Dra. Diana Fariña



**Autores del IODI:**

Carolina Alchouron, Marcela Corin, Alicia Di Ciencia, Sara Krupitzky, Iris Schiapira, Alicia Oiberman, Silvia Schlemenson, y profesionales del Área de Salud Integral del Niño, de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Salud de la Nación: Nora Corso, Virginia Orazi, Lucrecia Manfredi, Liliana Sapoznicoff.

**Consenso ampliado del IODI:**

Mónica Oliver, Silvia Morici, Alejandra Giacobonne, Karina Gutson, José R. Kremenchuzky, Marcela Armus, Marila Terzaghi, Gabriela Dueñas, Esteban Rowensztein, Juan Vasen, Elsa Coriat, Beatriz Janin, Liliana Briatore, Héctor Waisburg, Zulema Freiberg, Gustavo Finvarb, Nancy Taglialegne, Susana Frenkel, Tomás G. Newkirk, Carlos Tisera, Estela Rodríguez, Juan Pablo Muesca, Nora Panigo, Mónica Troller, Rosa Vivas, Anabella Divinsky, María Abraham, Laura Pedevilla, Liliana Haller, y profesionales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

**Revisión de contenidos:**

Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia: Graciela Del Bene (†), Magdalena García Menéndez, Rosario Falke, Ana López, Silvia Rodríguez, Verónica Basso, María Inés Diana, Alicia Giannini.

Con aportes de: Sara Krupitzky, Iris Schapira, Alicia Di Ciencia, Carolina Alchouron, Alicia Oiberman, Nora Corso, Mónica Oliver, Silvia Morici, Alejandra Giacobonne, Karina Gutson, Noemí Beneitos, Adriana García, y profesionales del Programa Materno Infantil de las provincias de Jujuy, Misiones y Santa Cruz.

**Ilustración de tapa:**

Florencia Zamorano (<http://florzamorano.blogspot.com.ar>)

**Edición:**

María del Carmen Mosteiro

**Autores de la validación:**

Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Sergio Remesar, Francisco Díaz y Pablo Salgado.

**Agradecimientos:**

A la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Sociedad Argentina por la Primera Infancia (SAPI) y la Fundación de Estudios de Problemas de la Infancia (FEPI).

**ACLARACIÓN IMPORTANTE:**

A menos que se indique lo contrario, toda vez que en este trabajo se utilicen los términos *niño* o *niños* en forma genérica, se entenderá que se alude a la niña y al niño, o a las niñas y a los niños por igual.”

“La concepción tradicional de la familia, a semejanza de las leyes de la naturaleza que nos da la idea de parentesco fundamentada en un padre y una madre, es decir, de un progenitor y de una progenitora, prevalece en el modelo nuclear del concepto. La diversidad familiar reconoce *familias posnucleares*, las cuales pueden ser, de hecho, monoparentales, ensambladas (multiparentales, pluriparentales o reconstruidas), multiétnicas, adoptivas, de acogida, de parejas homosexuales y coparentales.”<sup>1</sup>

1 <http://www.sap.org.ar/docs/mmsexo.pdf>

# Introducción

*“Brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad. Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sienta las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad”.*<sup>2</sup>

El Sector Salud tiene, junto con otras áreas responsables de la implementación de políticas públicas, la función de promover los entornos protectores de los derechos de niños y niñas, garantizando su atención temprana en forma integral, de manera que sean contemplados los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. En la República Argentina, estos derechos están contemplados por la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Con el propósito de incorporar la mirada sobre el desarrollo infantil (DI) en el curso de los controles de salud, la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con un grupo asesor de profesionales de distintas disciplinas<sup>3</sup> elaboró, entre 2012 y 2014, un instrumento destinado a realizar el seguimiento de los niños mediante la observación de las pautas de desarrollo: el *Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI)*.

A mediados de 2014 se alcanzó un consenso ampliado entre profesionales, del que participaron comités de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Sociedad Argentina de Primera Infancia (SAPI), la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (FEPI), la Universidad de Buenos Aires y especialistas en distintas disciplinas de Hospitales Pediátricos y de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.

2 Organización Panamericana de la Salud. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington, D.C.: OPS, © 2011a

3 Carolina Alchourron, Marcela Corin, Alicia Di Ciancia, Sara Krupitzky, Alicia Oiberman, Iris Schapira, Silvia Schlemenson.

Durante el 2015, el instrumento fue evaluado metodológicamente por un grupo de expertos a fin de determinar la validez y factibilidad de su implementación<sup>4</sup>.

Finalmente, en el año 2016, la Resolución Ministerial N° 699/16, en su artículo 2°, resolvió: “Difúndase a todas las jurisdicciones la aprobación del citado Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) para su utilización en todo el territorio nacional en el control de salud de los niños/as.”

El presente trabajo se orienta a promover acciones en el Primer Nivel de Atención, a fin de que el equipo de salud pueda acompañar a las familias en la crianza de los niños, promoviendo los factores facilitadores del desarrollo e interviniendo cuando se observan obstáculos y dificultades.

En los primeros años de vida se consolidan aspectos trascendentes del desarrollo físico, psíquico y social del niño. Las acciones de promoción y prevención que desarrolla el Sector Salud durante este período –como el acompañamiento a las familias en las pautas y prácticas de crianza– resultan fundamentales. En consecuencia, una intervención oportuna en este período puede promover los cambios necesarios para alcanzar el pleno desarrollo infantil y mejorar la salud de los niños.

Entendemos que las instituciones que conforman el sistema de salud desempeñan una función social, tanto en cuanto a la creación de estrategias para la detección de situaciones de riesgo y su abordaje, como en la organización o activación de redes de contención institucional y comunitaria, para transformar la situación de adversidad y PROMOVER, mediante su intervención, los derechos del niño.

4 Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Sergio Remesar, Francisco Diaz y Pablo Salgado ([datos.dinami.gov.ar/produccion/validacionIODI.pdf](http://datos.dinami.gov.ar/produccion/validacionIODI.pdf))



# Marco conceptual

Consideramos al niño en su calidad de sujeto de derecho, sensible y competente, con capacidad para establecer un intercambio social afectivo desde el comienzo mismo de su vida. Esto implica:

- Respetar la iniciativa del niño.
- Promover que los logros y avances sean alcanzados por el propio niño.
- Enfatizar en lo que el niño puede hacer.
- Respetar sus tiempos y procesos.

**“La valoración del proceso de desarrollo de los niños resulta indispensable para optimizar las condiciones de desarrollo y facilitar el despliegue de las potencialidades de cada individuo”.**<sup>5</sup>

Utilizamos el término de “valoración” del DI, tomando en cuenta la importancia de observar el proceso de desarrollo del niño.

El modo en que un niño se comunica, se relaciona con otros, juega, se mueve, se comporta y manifiesta sus emociones, aporta datos imprescindibles para su valoración. Es importante observar el vínculo entre el niño y el adulto referente/cuidador, así como también la capacidad de éste para interpretar las necesidades del niño.

“Sin desconocer el peso de las condiciones con las que se nace, el desarrollo adquiere desde su inicio un carácter social, ya que el niño necesariamente debe vincularse con un otro que, desde su posicionamiento social y cultural, interprete sus necesidades, introduciéndolo a la cultura. Cabe señalar que tanto la interpretación como las respuestas del adulto que se vincula con el niño, están atravesadas por su propio contexto y referencias históricas sociales. Es a través de ese “otro”, capaz de traducir sus demandas y dar las respuestas, que el niño va construyendo su subjetividad.

5 Adriana García, 2011.

Del encuentro con ese otro y de la cultura va a depender el desarrollo de las capacidades psíquicas y emocionales del infante humano”<sup>6</sup>

Son, entonces, los adultos referentes de los cuidados cotidianos los que dejarán una impronta en el desarrollo de los niños y en las experiencias más significativas, con su modo de relacionarse.

El DI se lleva a cabo en un entorno que puede favorecer u obstaculizar el proceso, y es el entorno inmediato<sup>7</sup> esencial para fomentar acciones facilitadoras.

## Factores del entorno<sup>8</sup>

Durante las observaciones, hay que tener en cuenta las condiciones del entorno, que operan como factores del desarrollo de los niños.

- **Factores facilitadores (FFD):** son aquellos que promueven el despliegue de las potencialidades del niño, de su capacidad de interactuar con los sujetos, de accionar con los objetos, de desplazarse autónomamente en el espacio, adaptándose activamente a las circunstancias concretas del entorno. Por ejemplo, respetar las iniciativas del niño para favorecer la autoestima y la autonomía, valorar sus capacidades, contar con un espacio adecuado para desplegar su libertad de movimiento, disponer objetos adecuados a la edad del niño en cuanto a textura, tamaño, etc.

Estos factores pueden funcionar como *protección* frente a la fuerza negativa de los factores de riesgo, adversos o traumáticos, promoviendo así la *resiliencia*. Entre ellos, se cuentan:

- El establecimiento de vínculos positivos.
- El fortalecimiento de los aprendizajes sobre la base de las capacidades del niño.

6 Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes. El Pediatra en su encuentro con el vínculo temprano. Dra. Mercedes Agranatti y Lic. Silvia Morici. Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría, 2010.

7 Adultos que conviven bajo un mismo techo con ese niño, influyendo directa o indirectamente en su desarrollo.

8 El primer año de vida del niño. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Fascículos 1 y 4.

- El reconocimiento de sus competencias.
- La promoción de su autonomía.
- La utilización del juego como recurso de intervención.

**-Factores obstaculizadores del desarrollo (FOD):** son aquellos que desorganizan o inhiben el despliegue de las potencialidades y los procesos de organización funcional del niño, pudiendo causar alteraciones en su desarrollo. Algunos ejemplos: colocarlo en posiciones que no es capaz de alcanzar por sí mismo, el uso del andador, vestirlo ropa inadecuada para moverse, los juegos que pueden poner en riesgo la vida del niño, etc.

**-Factores perturbadores del desarrollo (FPD):** son aquellos que provocan un impacto altamente traumático sobre el desarrollo del ser humano. Algunos ejemplos: trabajo infantil, violencia física o emocional, negligencia y abuso sexual.

**-Factores de riesgo para el desarrollo (FRD):** son todas aquellas situaciones, hechos o condiciones propias del niño o de su entorno que aumentan su probabilidad de desarrollar desajustes psico-sociales o alteraciones en el proceso de desarrollo, de sufrir accidentes o de contraer enfermedades.

## Rol del adulto en la crianza

La familia es el ámbito fundamental donde se brindan los cuidados necesarios para promover y garantizar el desarrollo infantil. Es por ello que el contexto socio-cultural es fundamental a la hora de observar y acompañar el desarrollo de los niños, ya que éste contribuye a determinar su singularidad.

El papel del adulto implica atender las necesidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales del niño, que exceden ampliamente las condiciones biológicas de existencia.

Los adultos desempeñan un rol de suma importancia en la observación de los logros y dificultades de los niños. Por lo tanto, resulta fundamental crear las condiciones para escucharlos, y

promover tanto el intercambio de ideas como la transmisión de la información necesaria para acompañarlos en el proceso.

### **¿Cuáles son las habilidades que habrá que tener en cuenta a la hora de observar un vínculo? ¿Cuáles son las características óptimas de un adulto-referente para los cuidadosos?**

Enumeramos algunos aspectos a considerar a manera de orientación, a fin de poder promoverlos y facilitarlos durante la consulta:

- **Adulto disponible:** capaz de interactuar y satisfacer adecuadamente las necesidades del niño.
- **Adulto predecible:** pone en palabras los acontecimientos, anticipa lo que sucede y sucede lo que dice.
- **Organiza** el espacio físico, los juguetes y la ropa según las necesidades del niño, a fin de garantizar la libertad de movimiento, la manipulación, el aprendizaje, el abrigo necesario y la prevención de lesiones.
- **Respetar** los tiempos del niño y sus iniciativas.
- **Propone y organiza** las rutinas, los momentos de interacción y la actividad autónoma, según el estado de necesidad del niño.
- **Minimiza, selecciona y ordena los estímulos** del entorno.

El amor y la atención que los adultos brindan a los niños resulta fundamental y constitutivo del desarrollo emocional. Es necesario cuidar a los adultos en situación de crianza, orientarlos en estas prácticas y revalorizar los saberes de la familia que favorecen su desarrollo.

Es muy importante acompañar a quien cuida al niño, teniendo en cuenta que la organización de la vida cotidiana y la modalidad de los cuidados corporales que recibe un niño son ejes alrededor de los cuales se constituye psíquicamente el sujeto. La observación, durante la consulta, de cómo se lo mira, se lo cambia y le hablan son momentos oportunos para detectar dificultades, a fin de realizar intervenciones oportunas.

# Desarrollo motor autónomo

En la relación del niño con su entorno, la motricidad cumple dos funciones importantes:

- Hace posible la comunicación a través de movimientos expresivos, posturas y gestos que acompañan al lenguaje.
- Permite desplazamientos de su cuerpo y la manipulación de objetos.

La motricidad espontánea fue investigada por numerosos científicos en los últimos años. En esta línea son pioneros los trabajos realizados por la Dra. Emmi Pikler en Hungría, alrededor de los años 30.

La Dra. Emmi Pikler y, posteriormente, Agnès Szanto realizaron investigaciones en base al seguimiento longitudinal de más de 2000 niños que organizaron y aprendieron las diferentes posturas y desplazamientos a partir de su propia iniciativa. Los niños fueron colocados en posición decúbito dorsal en el piso, sin utilizar ningún elemento auxiliar (como sillitas y andadores).

“Llegaron a la conclusión de que el desarrollo de la motricidad libre, sin la intervención del adulto, puede considerarse como fisiológico pero requiere, para manifestarse, de determinadas condiciones afectivas y materiales. Los estudios demostraron que, en determinadas condiciones, los bebés desarrollan entre el decúbito dorsal, el ventral, la posición sentado y la de pie, un sinnúmero de posturas y movimientos a los que Pikler denominó *posturas y desplazamientos intermedios*.”<sup>9</sup>

La motricidad del ser humano está relacionada con lo más profundo de su ser; se conquista e integra en actividades que surgen de la propia iniciativa, en el intercambio activo y permanente con su entorno y está motivada por la necesidad, el deseo y el impulso de conocimiento.

9 Desarrollo Infantil. Primer año de vida II.2. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

“Los desplazamientos le permiten al niño vivenciar la distancia con el adulto. Acercarse y alejarse, al principio sin intencionalidad. Para él, la posibilidad de moverse libremente representa el acceso a la fuente principal de conocimiento: su propio cuerpo y, a través de él, al mundo que lo rodea.

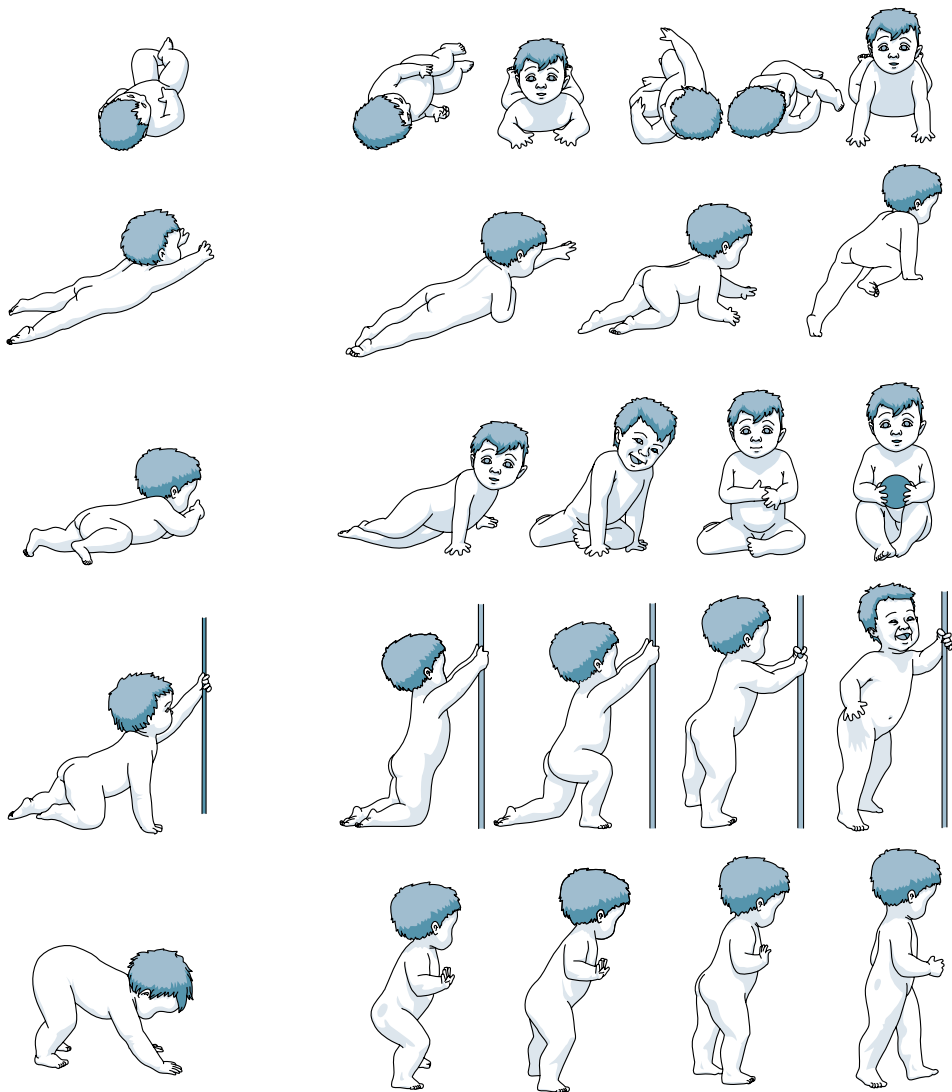
El adulto, por su parte, cumple con un rol indirecto en las actividades del niño. No enseña al niño a realizar ningún movimiento en particular. Su función es observar y proveerle, conforme a su nivel de desarrollo, los elementos necesarios para su evolución”<sup>10</sup>

Es por ello que, cuando hablamos de “sentarse solo”, estamos observando la capacidad de este niño o niña para adquirir esa posición por sí mismo y por iniciativa propia, desalentando la alternativa de colocarlos en posturas que no hayan adquirido por sí mismos.

La percepción de sus posibilidades permite al bebé:

- La autorregulación de sus movimientos.
- Ser prudente en la exploración de nuevos movimientos (afrontar pequeños riesgos sin colocarse en situación de peligro).
- Lograr movimientos coordinados, armoniosos y seguros, sin crispaciones ni rigideces.
- Alcanzar un sentimiento de eficacia respecto de sus propios recursos y, por lo tanto, confiar en sí mismo.

10 Desarrollo Infantil. Primer año de vida. II.2. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2009.



Períodos y fases del desarrollo motor y postural según la Dra. Emmi Pikler

# Desarrollo Infantil

**Entendemos por *desarrollo* el proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás**<sup>11</sup>.

Tal como se ha dicho, partimos de la concepción que considera al niño en su calidad de sujeto de derecho, sensible y competente, con capacidad para establecer un intercambio social afectivo desde el comienzo mismo de su vida.

Ello destaca la iniciativa del bebé, su competencia para reconocer al adulto que mejor satisface sus necesidades, así como su capacidad para suscitar respuestas y ejercer influencia sobre las personas que lo cuidan.

Reconoce que el bebé ya dispone, al momento de su nacimiento, de una estructura biológica funcional completamente desarrollada, organizada en sistemas complejos de adaptación y control<sup>12</sup>.

Este proceso está en constante movimiento. Sin embargo, no es una sucesión lineal: presenta avances y retrocesos, continuidades, discontinuidades y anticipaciones funcionales. El pasaje de un estadio a otro implica y pone de manifiesto una organización diferente con respecto a la alcanzada en la etapa anterior.

Es indispensable tener en cuenta la particularidad y singularidad de cada niño, así como considerar el tiempo subjetivo que cada uno tiene para incorporar nuevos logros.

11 Cuidando al bebé. Guía para el Equipo de Salud y Guía para la familia. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Pueden descargarse de Internet, de las siguientes direcciones: [goo.gl/2LRpR1](http://goo.gl/2LRpR1) y [goo.gl/bUh13r](http://goo.gl/bUh13r), respectivamente. (Consulta del 29 de mayo de 2017.)

12 Cáceres, Lidia. 1999. Jefa del Servicio de Neurología Infantil del Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas". Provincia de Buenos Aires, Argentina. Docente de la cátedra de Neurología en las carreras de Psicomotricidad y ATDI. FUNDARI. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza-Argentina.



“Las adquisiciones del desarrollo que los niños presentan, no son uniformes y puede haber desfases importantes entre un área y otra (por ejemplo, el área de la comunicación puede estar más desarrollada para la edad que el área motora, y a la inversa). Eso implica simplemente que las cuestiones madurativas no se dan todas simultáneamente. Es decir, la valoración tiene que ser global y no sólo por áreas”<sup>13</sup>

Es necesario tener en cuenta que las modificaciones y transformaciones de ciertas prácticas de crianza pueden necesitar un tiempo mayor, por tratarse de un proceso de cambio paulatino, que requiere de un paciente trabajo en equipo y con la comunidad.

Diferentes autores reconocen, en distintas investigaciones científicas, diversos períodos para la adquisición de las mismas conductas. Esta dispersión de los datos aportados resulta particularmente significativa. Considerando las diferencias individuales, madurativas y culturales provenientes de distintas prácticas de crianza y los diversos criterios de selección de las conductas a evaluar, como hitos del desarrollo o como comportamientos frecuentemente observados en un cierto contexto, se hace necesario aplicar una extremada rigurosidad y prudencia en la asignación de sentido de “normalidad” o “riesgo” a sus valores.

Por lo tanto, reconocer la dispersión de los datos aportados por las investigaciones científicas es particularmente significativo para no “patologizar” conductas ni estadios que, en realidad, son estadísticamente normales. Por lo tanto la selección de las conductas a evaluar, sus condiciones de observación y su interpretación como hitos del desarrollo o como comportamientos frecuentes en un cierto contexto, requiere gran rigurosidad y prudencia en la asignación de sentido a sus valores.

13 Janin, Beatriz. El sufrimiento psíquico de los niños. Ed Noveduc, 2011.

# Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil -IODI-

Con el objetivo de ofrecer a los equipos de salud un instrumento apto para acompañar el proceso del desarrollo infantil durante la consulta pediátrica, la Dirección Nacional de Maternidad Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con un grupo de profesionales de distintas disciplinas, sociedades científicas e instituciones reconocidas, elaboró recientemente un Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil para utilizarlo durante los controles de salud.<sup>14</sup>

Para su diseño, fueron tenidos en cuenta los indicadores que pueden ser observados durante la consulta y la factibilidad de su aplicación. A fin de facilitar su lectura e interpretación en cada período, fueron incorporadas todas las variables, incluidos los aspectos vinculares.

Se tomó como referencia la experiencia de trabajo con la *Escala del proceso de desarrollo infantil* de Emmi Pikler, EDIPL, con otros instrumentos validados en el país de pesquisa del desarrollo infantil (Prunape) y con otros instrumentos internacionales.

El IODI es *un instrumento ordenador* de la consulta infantil para observar las particularidades del desarrollo en sus diferentes etapas.

Es importante tener en cuenta que el mismo no reemplaza la historia clínica ni el examen físico. No está pensado para realizar un diagnóstico, ni está dirigido a equipos especializados en desarrollo infantil.

Se prioriza la intencionalidad del niño y la reciprocidad en la comunicación con el adulto, asegurando la observación del desarrollo como proceso, así como de los aspectos vinculares.

14 Carolina Alchourron, Marcela Corin, Alicia Di Ciancia, Sara Krupitzky, Alicia Oiberman, Iris Schapira, Silvia Schlemenson; los comités de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP); Sociedad Argentina de Primera Infancia (SAPI); Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (FEPI); Universidad de Buenos Aires, profesionales de distintas disciplinas de Hospitales Pediátricos; la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, y la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.

# Objetivos del IODI

1. Facilitar la tarea de los profesionales en el Primer Nivel de Atención.
2. Prevenir y promover conductas saludables para el desarrollo infantil.
3. Acompañar a las familias en el proceso.
4. Detectar factores de riesgo y signos de alarma que permitan intervenciones acordes a las necesidades de cada niño y su familia.

El Instrumento permite hacer una doble lectura sobre el desarrollo del niño:

- a. Permite valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, motrices, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje.
- b. Permite identificar riesgos a fin de prestar atención y realizar intervenciones, o bien identificar alertas para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

Para realizar estas valoraciones es importante tener en cuenta:

- Hacer un seguimiento del proceso de todas las variables relacionadas y considerar el contexto en que se desenvuelve el niño, a fin de intervenir de la manera más adecuada.
- Que las habilidades se alcanzarán a lo largo del período representado por los casilleros señalados en color verde (si la planilla está impresa en blanco y negro, corresponde a la zona marcada en el tono más claro de gris).
- A la hora de valorar a los niños, los aspectos culturales deberán ser considerados.

Los períodos sombreados en verde en la grilla (si la planilla está impresa en blanco y negro, corresponde a la zona marcada en

el tono más claro de gris) corresponden a los momentos clave de aparición de esas variables con rangos amplios de edades, que van desde el percentilo 25 al 90, por lo que ofrecen una orientación para la observación. Se tomó como referencia el percentilo 90 (último cuadrado sombreado en verde) según la media observada en otros instrumentos nacionales e internacionales<sup>15</sup>. Se definieron los cortes poblacionales en las edades donde la mayoría de los niños, o sea el 90 % logran esas conductas.

15 Bayley N. (1969) MBS; Bly L. M (1994,2000,2011) M.S.A.; Brazelton, (1973,1980) NBAS; Edwards M (2013) TADI; Falk Judit (1997) EDIPL; Frankenburg W. (1967) Denver; Greenspan, D.,W. (2001) FEAS; Haussler, M.(1999) Tepsi; Lejarraga H., Krupitzky S.(1996) Prunape; Ministerio de Educación (2009); Oiberman, M, O (2002) EAIS; Ortiz N. (1999) EAD; Piper MC Pinnell,,D ( 1992) AIMS; Rodriguez S., Arancibia, V. Undurraga, C.(2008), EEDP

# Referencia de colores:



**Verde o gris claro:** Indica el rango de edad dentro del cual, habitualmente, los niños lo logran<sup>16</sup>.



**Naranja o gris medio:** Indica los rangos de riesgo o la necesidad de intervención. Habilita a profundizar y evaluar la situación, a fin de realizar las intervenciones necesarias en cada caso.



**Rojo o gris oscuro:** Indica “alarma”. En estos casos, corresponde la interconsulta o la derivación a un equipo interdisciplinario o especializado.

## Modo de utilización

### 1. Completar los datos personales del paciente, nombre y edad <sup>17</sup>

<b>Nombre del niño:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>N: no</b>
<b>Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:</b>	<b>1° T</b>

16 Según escalas validadas, nacionales e internacionales.

17 Edad corregida en caso de niños prematuros hasta que cumplen 2 años. Es la edad que el niño tendría si hubiera nacido en la fecha prevista de parto. La diferencia de edad entre la Fecha de nacimiento (FN) y la fecha en que hubiera cumplido las 40 semanas, es un Factor fijo e inalterable que denominamos Factor de Corrección (F.Co.). Permite rápidamente corregir la edad cronológica (E.Cr.) del niño a cualquier edad (hasta los 2 años), restándole este Factor de Corrección.  $Fecha\ 40s - Fecha\ Nacimiento = Factor\ de\ Corrección\ (F.Co.)$ .  $E.\ Cr. - F.\ Co. = E.\ Co.$

**Tabla: Correspondencia entre el final de la gestación expresado en semanas y la prematuridad expresada en meses y días, para el cálculo de la edad corregida.**

Final de la gestación	Prematuridad FCo
24 semanas	4 meses
25 semanas	3 meses 21 días
26 semanas	3 meses 14 días
27 semanas	3 meses 7 días
28 semanas	3 meses
29 semanas	2 meses 21 días
30 semanas	2 meses 14 días
31 semanas	2 meses 7 días
32 semanas	2 meses
33 semanas	1 mes 21 días
34 semanas	1 mes 14 días
35 semanas	1 mes 7 días
36 semanas	1 mes

**Ejemplo:** si un niño prematuro nació con 30 semanas de gestación y en el momento de la consulta tiene 6 meses de vida, se aplicará el factor de corrección de 2 meses y 14 días. Es decir que, a 6 meses se le restan 2 meses y medio, y se consideran las pautas de desarrollo de un niño de 3 meses y medio.

Una vez identificada la columna de la edad, se identificarán las pautas correspondientes a ese período.

## 2. Completar los tres primeros ítems

Estos tres puntos hacen referencia al vínculo entre el niño y su cuidador, jerarquizando su observación a lo largo de todas las etapas del desarrollo del niño. La ausencia cualquiera de los mismos es un signo de alarma.

E		INDICADORES	
TODOS	1	El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño	SE
	2	El cuidador lo mira cuando le habla	SE
	3	Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador	SE

#### ITEMS VINCULARES

Estos tres ítems hacen referencia al vínculo entre el niño y su cuidador, jerarquizando su observación a lo largo de todas las etapas del desarrollo del niño. La ausencia de los mismos son signos de alarma.

### 3. Teniendo en cuenta la edad del niño, ubicar las filas con los ítems que corresponden a ese rango.

Los ítems están agrupados dentro del primer año en cuatro trimestres; luego se agrupan en torno al primer año, a los 2 y a los 3 años de vida.

4	Se calma cuando lo alza su cuidador	SE
5	Reacciona a un sonido/voz	C
6	Demuestra gestualmente estados de placer o displacer	SE
7	Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto	SE
8	Sonríe cuando lo miran -sonrisa social-	SE
9	Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro	CVMC
10	Emite sonidos /gorjeo	C

Bebé de un mes. En este caso observaremos los indicadores del primer trimestre.

### 4. En la columna correspondiente a la edad del niño, marcar las pautas para ese período de la siguiente manera:

**O:** observado.

**P:** preguntado y logrado.

**N:** no logrado en la observación o pregunta.

**Dejar vacío:** si no se pudo evaluar.

Se marcarán con una **O** los ítems observados en ese período. En los casos en que no se observen, se podrán buscar indicadores del período anterior. Si cumpliera todos los ítems para ese

período, se puede avanzar con los del período siguiente. Por ser una herramienta de proceso se podrá visualizar el ritmo de avances y retardos en la curva del desarrollo del niño.

Si no es posible observar el indicador durante el control, se podrá preguntar por él. En caso de consignar **P** es importante corroborarlo por medio de la observación en las próximas consultas. Hay mayor grado de confiabilidad cuando el ítem es observado por el profesional. Cuando es referido por el cuidador tener presente que puede estar sesgado por la circunstancia en el momento de la pregunta o por malas interpretaciones en la manera en que se realice la misma.

Cuando se habla de “logro” se hace referencia a la adquisición de determinadas habilidades.

Se considerará que el niño aún no ha logrado el ítem si observamos que no lo hace o el adulto refiere que no lo hace. En este caso, se colocará una **N**. Es importante hacer un seguimiento del ítem en el (los) control(es) siguiente(s) para valorar su desarrollo.

En caso de no poder valorar alguno de los ítems dejar el casillero en blanco.

REFERENCIAS:																
<b>0:</b> observado <b>P:</b> preguntado y logrado <b>N:</b> no logrado en la observación o pregunta <b>Vacio:</b> no se pudo evaluar																
1° T		2° T			3° T			4° T			1 a.		2 a.	3 a.		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47	
	0															
	0															
	0															
	C															
	P															
	N															
	0															



## 5. Al pie de la hoja hay un espacio donde se podrán consignar observaciones que se consideren importantes.

Los ítems están numerados con el objetivo de facilitar la referencia al pie y ubicar en el cuadernillo las explicaciones de cada uno.

M: Motriz	C: Comunicación	SE: Socioemociona
Observaciones:		

## La observación

Es necesario conocer las diferencias existentes entre ver, mirar y observar en la consulta pediátrica, a fin de desarrollar la observación para acompañar a las familias e intervenir.

**Ver:** implica percibir o conocer mediante el uso de la vista. La percepción es un proceso que nos permite –gracias al modo en que la luz se refleja en los objetos y dependiendo de las condiciones físicas del ojo– darnos cuenta de aquello que nos rodea.

**Mirar:** tiene que ver con “dirigir la vista hacia un objeto”, es decir, enfocar algo en particular (sinónimo: apuntar, dirigir la vista hacia, contemplar, fijar la vista).

**Observar:** examinar atentamente algo o alguien. Esto significa que, para observar, tenemos que ver y mirar al mismo tiempo. *Observar* transmite la idea de prestar atención cuidadosa sobre algo o sobre alguien, como mencionamos antes. Está relacionado con las asociaciones que podemos hacer sobre aquello a donde dirigimos la vista y sobre lo que nos formamos un juicio. Este fenómeno está sustentado en buena parte en lo que miramos y en buena medida en nuestra experiencia previa, en un marco de referencia determinado.

La observación es el punto de partida para conocer, valorar e intervenir en el proceso de desarrollo del niño, en forma sistemática. Aporta datos acerca de las condiciones de existencia que ocurren sin provocar una situación forzada.

“Si bien, entendemos que la falta de tiempo es uno de los motivos que aducen los profesionales que no hacen observaciones, consideramos que es fundamental buscar y encontrar un momento para poder observar.

Nadie pone jamás en duda que hay que encontrar tiempo –por breve que sea– para darles de comer a los niños. En consecuencia, si se piensa sinceramente que el proceso de desarrollo infantil es importante, es necesario asimismo encontrar tiempo para observarlo y también, sobre todo, hay que encontrar tiempo para utilizar, de un modo u otro, lo observado”.<sup>18</sup>

## Intervenciones

**“Promover que el propio sujeto construya su saber y realice la búsqueda de sus soluciones, debe potenciar a los familiares para que estos contribuyan a convertir las tareas cotidianas en fuentes para el desarrollo infantil. El proceso de la enseñanza que promueve el desarrollo se realiza a nivel familiar y de toda la sociedad. De la concepción que se formen los familiares de este desarrollo dependerán que estén mejor preparados para promoverlo y lograrlo”.**<sup>19</sup>

Durante el control de salud, cuando estamos en contacto con el niño, es necesario mirarlo y hablarle, anticiparle verbalmente lo que vamos a hacer. Esto favorece el vínculo del niño con el equipo de salud, promueve la confianza, a prepararse para lo que va a venir y aporta al despliegue de la comunicación verbal y gestual. También ayuda a mostrar a los otros adultos presentes un modo de vincularse que respeta al niño como sujeto. Muchas veces, mostrarlo desde las propias prácticas resulta más efectivo que explicarlo con palabras.

<sup>18</sup> Una mirada adulta sobre el niño activo. Agnès Szanto Feder.

<sup>19</sup> Arias Beatón. COMPLETAR CITA.

La consulta es el momento privilegiado para incluir los temas de crianza, preguntar cómo es un día de vida del niño, orientar sobre conductas saludables, indagar acerca de algunos aspectos en profundidad cuando algo llame la atención y fomentar las acciones que favorecen el desarrollo infantil. Es importante recordar la importancia de hablar al bebé, repetir los sonidos que él hace, darle cariño, atención y llamarlo por su nombre. Asimismo, reforzar la importancia de la lactancia materna, promoviendo el vínculo y la comunicación placentera.

## Temas de crianza para conversar con los cuidadores

- **El llanto no siempre indica que el bebé tiene hambre.** Conocer las diversas razones por las que el bebé puede llorar (sueño, incomodidad, necesidad de compañía, frío, dolor) otorga a los papás herramientas para sus intervenciones.

- **Prevención de lesiones.** Algunos adultos desconocen los peligros a los que puede estar expuesto el bebé y no logran anticipar las acciones necesarias para evitar lesiones. Es conveniente conversar con ellos acerca de las pautas de prevención de los peligros según las etapas y edades del niño. Por ejemplo, no dejar solo al bebé en la bañadera, sobre una cama sin barandas, sobre el cambiador o al cuidado de otros niños. También, tener en cuenta la importancia de controlar la temperatura del agua antes de bañarlo, para evitar quemaduras.

- **Promover la libertad de movimiento.** Mientras el bebé está despierto, lo mejor es acostarlo boca arriba sobre una superficie firme de la cual no se pueda caer (manta, colchoneta, en un espacio seguro sobre el piso o corralito amplio). Esta posición le permitirá explorar sus posibilidades de movimiento y adoptar progresivamente nuevas posturas por sí mismo. Si bien el cochecito es adecuado para trasladar al bebé, no lo es para que el niño pase tiempo en él cuando está en el hogar.

- **Ropa adecuada para el bebé.** Evitar el abrigo excesivo y preferir la ropa que permita libertad de movimientos. Por ejemplo, revisar que las mangas de la batita o saquito no le tapen las manos < no

ponerle medias si el niño está intentando dar los primeros pasos, etc.

- **Organizar algunas rutinas que ayuden a ordenar la vida del niño.** Es bueno que el bebé cuente con un lugar propio para dormir (cuna o colchón), establecer un horario, acompañarlo a dormir, explicarle lo que va suceder. No es conveniente que comparta la cama con otra persona.

- Medidas para disminuir el riesgo de SMSL (Síndrome de Muerte Súbita del Lactante):

### Sueño seguro

- Acostar al bebé boca arriba.
- Utilizar un colchón firme.
- No usar almohada. Ni colocar peluches o juguetes dentro de la cuna o moisés.
- Los brazos del bebé deben quedar por encima de la ropa de cama. Asegurarse de que su cabeza quede descubierta.
- No fumar cerca del bebé, ni dentro de la casa aunque el bebé no esté presente.
- Evitar el calor ambiental intenso y el exceso de abrigo.
- Amamantar al bebé cada vez que lo pida.

- **Respetar los ritmos de desarrollo del niño.** Acompañar y posibilitar que el niño realice cada vez más cosas por sí mismo de acuerdo a sus capacidades, favoreciendo su autonomía. Si todavía no camina pero está en proceso de hacerlo, es conveniente ofrecerle oportunidades de exploración.

- **Puesta de límites.** Es conveniente dedicar un tiempo para conversar con los padres o los adultos responsables sobre los límites y la necesidad de expresar los afectos con palabras. Por ejemplo: *-¿Estás enojado? o ¿No te gustó que te sacaran la pelota?* Es necesario limitar las acciones violentas, consecuencia

del enojo o la frustración. No obstante, es recomendable que el niño no reprima las emociones o los deseos; para ello es posible proponerle opciones de resolución a las situaciones de conflicto. Conversar con los adultos acerca de las consecuencias y el daño que generan en el niño la agresión física y verbal.

Frente a las dificultades detectadas durante la consulta se podrán promover distintas estrategias:

1. Pautar controles más frecuentes, a fin de acompañar a la familia en la dificultad.
2. Identificar la figura de apego del niño, que puede no ser la misma persona que lo lleva a la consulta.
3. Conocer las condiciones del entorno e indagar cómo es un día de vida del niño: quién le da de comer, quién lo cuida, lo viste, lo cambia, lo consuela, con quién juega, qué hace.
4. Organizar charlas con padres/adultos responsables en sala de espera. Es un espacio muy valioso para la observación, el intercambio y aprendizaje.
5. Organizar visitas domiciliarias, recurriendo al equipo del Primer Nivel de Atención (trabajador social, psicólogo, agente sanitario, enfermera, etc.).
6. Establecer un abordaje articulado con otras instituciones u organizaciones del barrio (Centro Desarrollo Infantil, Centro de Integración Comunitaria, escuelas, etc.), capaces de brindar a la familia condiciones de sostén.

**Se evaluará la necesidad de interconsulta con otros niveles de atención cuando la situación por la que atraviesa el niño y su familia así lo requiera (indicadores en rojo o gris oscuro del instrumento).**

**En el siguiente link se puede conocer la red de desarrollo infantil de cada provincia: [www.datos.dinami.gov.ar/mapa](http://www.datos.dinami.gov.ar/mapa)**

# A modo de ejemplo, enumeramos posibles intervenciones

Una vez observadas y reconocidas las adquisiciones de los niños (indicadores del IODI) es importante hacer una interpretación integral de los datos obtenidos. Es fundamental reconocer el Desarrollo Infantil como un proceso, por lo que un único corte de análisis no resulta suficiente para sacar conclusiones.

La correlación de un periodo con otro, en todas sus variables, permite advertir los precursores de un indicador y la riqueza que implica visualizar el proceso, a diferencia de una observación realizada en un solo momento de la vida de los niños.

Así, por ejemplo, si un niño tiene 20 meses y todavía no camina solo pero es posible observar otros indicadores (como por ejemplo se desplaza gateando, camina sostenido de algún objeto estable), su comunicación y lenguaje están dentro de lo esperable y tiene un examen físico normal, indagamos cómo es un día de vida del niño y advertimos que el niño pasa mucho tiempo inmovilizado en cochecitos, sillitas, etc., consideraremos hacer una intervención sugiriendo que organicen momentos de mayor actividad autónoma.

*El cuidador no responde a las necesidades del bebé/niño.*

*El cuidador no lo mira cuando le habla.*

*No hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.*

En este caso, es necesario ver qué le está pasando a esa mamá y al bebé. Indagar crisis familiares, depresiones u otras situaciones. Conocer la presencia de otras personas responsables cercanas al niño y el rol que desempeña es un dato muy valioso.

Observar el vínculo entre el bebé y el cuidador: cómo se miran, cómo se comunican. Es un indicador clave para el reconocimiento

de la calidad del vínculo. Asegurarse de que el cuidador comprenda la importancia de la comunicación con el bebé, tanto verbal como no verbal. Explicar que, si bien es pequeño, acunarlo, acariciarlo, cantarle, hablarle, son las mejores maneras de establecer con el niño una relación afectiva amorosa<sup>20</sup>

Es oportuno establecer una red de contención para ayudar a los padres con la crianza de su hijo. La colaboración de familiares y amigos puede ser de gran ayuda. Procure fomentar espacios para que los adultos puedan compartir sus experiencias, así como manifestar sus miedos y dudas.

Si se observa que hay dificultades en comprender al bebé, es posible aumentar la frecuencia de las consultas, proponer talleres de intercambio con otros padres de niños con edades semejantes o considerar si será necesario otro tipo de intervención por parte, por ejemplo, de un psicólogo, o bien un trabajador social que realice visitas domiciliarias acompañando y sosteniendo a la familia en la crianza e identificando figuras de apoyo en el entorno. Se puede sugerir que esté también presente otro familiar cercano al bebé; esto nos permitirá evaluar si hay alguna otra persona que cumpla con la función materna y responda a sus necesidades.

Si se observa situaciones familiares críticas o se sospecha violencia o abuso, recurra a los equipos interdisciplinarios disponibles en la zona. Ante la sospecha de un caso, recuerde que debe asegurar la permanencia del niño con adultos capaces de resguardar su integridad psicofísica. El equipo de salud deberá garantizar que, en el proceso de atención y seguimiento, se respete el interés superior del niño, evitando el maltrato o las presiones que respondan a las necesidades del adulto.<sup>21</sup>

### *No demuestra con gestos sus estados de placer o displacer.*

Puede llamar la atención que el niño sea inexpresivo. A veces se lo describe como “un niño muy bueno”, “que no llora”, “demanda poco”. De hecho, no expresa alegría ni placer. A su vez, el vínculo temprano con el cuidador o mamá se ve comprometido por esta

20 Cuidando al bebé”. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

21 Abuso sexual infanto juvenil, ASU. Guías de manejo de abuso sexual para los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación OPS 2007

falta de comunicación. Se sugiere indagar cómo es un día de vida del niño, quién lo cuida, quién le da de comer, cómo duerme, etc. También, hacer un seguimiento más frecuente con esta familia y solicitar apoyo interdisciplinario con el equipo del centro de salud. De ser necesario, una visita domiciliaria con trabajador social o agente sanitario, ver el caso en contexto y observar cuál es la situación habitual. Por último, si continúa la dificultad, se sugiere hacer interconsultas con otros profesionales, de acuerdo a cada caso en particular.

### *A los 9 meses, el niño no se sienta.*

Esto puede deberse a que el niño permanece durante muchas horas en un coche, un asiento tipo “huevo”, en una sillita o en brazos. En este caso, la intervención adecuada podría ser proponer un espacio donde el niño se mueva en libertad.

Otra causa podría ser un exceso de peso tal que limita la motricidad; en ese caso, la intervención será adecuar la alimentación.

Si existen otros factores de riesgo que puedan perjudicar el desarrollo, se sugiere realizar una interconsulta con el profesional correspondiente (nutricionista, psicólogo, neurólogo, etc.)

### *A los tres años un niño llega a la consulta con pañales.*

Es importante observar siempre, de manera integral, otros aspectos acordes a esa edad y conversar con el cuidador sobre cómo está manejando esa situación.

A su vez, indagar si avisa que tiene ganas de hacer sus necesidades, o si luego de haber logrado el control de esfínteres hubo un retroceso. También, si hay alguna situación familiar que pueda estar afectando al niño (embarazos, muertes, mudanzas, crisis familiar). Averiguar si al niño le molesta estar sucio.

Si se descarta una causa orgánica o no hay precursores del control (no avisa, no le molesta estar sucio), realizar una interconsulta con un profesional de Psicología para orientar a los padres.

Ítems agrupados por variables



Esta distribución nos permite hacer un seguimiento del proceso del desarrollo del niño teniendo en cuenta los ítems que pertenecen a una misma variable. No se debe considerar un indicador de forma aislada, sino teniendo en cuenta el proceso de los demás indicadores pertenecientes a la misma variable.

ÁREAS	INDICADORES
SOCIOEMOCIONAL	1. El cuidador responde a las necesidades del bebé /niño.
	2. El cuidador lo mira cuando le habla.
	3. Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.
	4. Se calma cuando lo alza el cuidador.
	6. Demuestra gestualmente estados de placer o displacer.
	7. Fija la mirada/muestra interés en el rostro del adulto.
	8. Sonríe cuando lo miran (sonrisa social).
	12. Interactúa con el adulto (busca con la mirada, sonríe, grita)
	18. Participa del juego de la escondida.
	19. Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa).
	21. Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza).
	27. Imita gestos (aplaude, baila, saluda).
	28. Reacciona al “NO” del adulto.
	38. Avisa algunas veces que se hizo pis o caca.
	41. Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños.
	43. Pide algunas veces para hacer pis o caca.
	44. Juega al lado de otros niños/as.
	45. Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos.
49. Logra el control de esfínteres durante el día.	
52. Espera su turno para jugar o hablar.	

COMUNICACIÓN	5. Reacciona a un sonido o voz.
	10. Emite sonidos (gorjeo).
	22. Emite sílabas –balbuceo– (ma-pa-tatata).
	25. Responde cuando lo llaman por su nombre.
	26. El niño se comunica de forma verbal o no verbal.
	33. Comprende consignas simples (da la mano, abre la boca).
	34. Dice por lo menos una palabra o emite sonidos c/significado.
	41. Utiliza el “NO”.
	42. Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó).
	46. Dice su nombre o sobrenombre.
	48. Utiliza el “yo”, y el “mío”.
50. Puede hacer un relato sencillo.	
MOTRIZ	11. Sostiene la cabeza (sostén cefálico).
	16. Intenta ponerse de costado.
	20. Se sienta solo, sin apoyo.
	23. Se desplaza (repta o gatea).
	24. Se para solo, con apoyo.
	28. Da pasos con sostén.
	32. Camina solo.
	37. Patea una pelota.
	53. Puede correr sin dificultad

COORDINACIÓN VISOMOTORA Y COGNITIVA	9. Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro.
	13. Lleva las manos a la línea media.
	14. Busca con la mirada la fuente de un sonido.
	15. Intenta tomar un objeto.
	17. Toma un objeto cercano, lo mira, se lo lleva a la boca.
	30. Realiza gestos para pedir y mostrar.
	31. Juega a poner o sacar objetos.
	35. Colabora para vestirse o desvestirse.
	36. Logra comer solo parte del alimento.
	39. Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta.
	40. Garabatea.
	47. Se saca o se pone alguna prenda, solo.
	54. Dibuja, al menos un círculo.

# Bibliografía general

Aberasturi A., *El niño y sus juegos*, Paidós 1998, Bs.As.

Adolph, K. E., Berger, S. E., & Leo, A. (2011). *Developmental continuity? Crawling, cruising and walking*. *Developmental Science*, 14, 306-318.

AIMS: Piper MC, Pinnell LE, Darrah J, et al. *Construction and validation of the Alberta Infant Motor Scale*. *Can J Public Health* 1992. 83:S46-50 , Piper MC, Pinnell LE, Darrah J, et al.

Ainsworth, M.; Bell, S. *Apego, exploración y separación. J. Delval (comp.), Lecturas de psicología del niño*, 1970.

Armus M., Oliver M., Duhalde C., Woscoboinik N., *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*, UNICEF 2012.

Armus M, Factorovich M., Woscoboinik N., *Anexo Mirar y prevenir, Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes*, SAP 2010

De Ajuriaguerra, Julián; López-Zea, Aurelio. *Manual de psiquiatría infantil*. Toray-Masson, 1977.

De Ajuriaguerra, J. de; MARCELLI, D. *Manual de psicopatología del niño*. Ed. Toray Masson. Barcelona, 1982.

Bakalarz Beatriz, *Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes*, cap. Juego, SAP 2010.

Bayley N., *Manual for the Bayley scales of infant development*, 1ª ed California, EEUU, 1969, The Psychological Corporation.

*Bayley Scales of Infant and Toddler Development*, Third Edition (Bayley-III) Nancy Bayley, PhD *Developmental Programming for Infants and Young Children: Volume 2. Early Intervention Developmental Profile*. Revised , 1981

Belisky R.et.al. *Material de apoyo para la promoción, protección y vigilancia del niño*. CLAP N° 1304, Montevideo, 2013.

Berger S. K. *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*, 6° Ed. Editorial Medica Panamericana, 2004.

Bly L: *Motor Skills Acquisition in the First Year. Therapy Skill Builders*, San Antonio, Texas 1994.

*Bly L. Motor skills acquisition-Checklist*. AR: Therapy Skill Builders, 2000

Bly Lois *Components of Typical and Atypical Motor Development*, 2011

Bonnet Monique y Gerard, *La comunicación con el bebé*. Ed. Gedisa.1980

Bowlby J., *Una base segura. Aplicaciones clínicas para el apego*. Ed. Paidós, 1989

Brazelton (1973) *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. ( NBAS)

Brazelton B. y Bertrand G. C., *La relación mas temprana*, ed Paidós 1993.

Brazelton, T. Berry. *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Pamplona. 1980.

Bruner J.S., *Savoir faire, Savoir dire* P.V.F, Paris 1983 vol 1- 292

Castañeda Pablo F. *El lenguaje verbal del niño* UNMSM, biblioteca digital andina 1999

CDC: American Academy of Pediatrics; Child Development.

<http://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/index.html>

Coriat L.F., *Maduración Psicomotriz en el primer año del niño*. Ed Hemisur S.R.L. 1974.

Cortigiani MR.; Collia C.; Schapira I. et. Al. *Manuales para el promotor de salud*. Dir Nac. Mat. Infancia Ministerio de Salud y Acción Social Nación y UNICEF. Bs. As. 1985.

Ministerio de Educación de la Nación, 2009, Primeros años. *Creciendo Juntos. Guía naranja*,

Ministerio de Educación de la Nación, 2009 Primeros años. *Creciendo juntos. Guía verde*.

*Developmental Programming for Infants and Young Children* Sally J. Rogers, Carol M. Donovan, Diane D'Eugenio, Sara L. Brown, Eleanor Whiteside Lynch, Martha S. Moersch, and D. Sue Schafer, Editores, University of Michigan Press 1981

Edwards M; Pardo M et al. *Test de Aprendizaje y Desarrollo infantil (TADI)*. Univ. Católica de Chile. Santiago de Chile, 2013.

Eisenberg N., *Infancia y conductas de ayuda*. Ediciones Morata, 1999

*Escala abreviada de desarrollo* Ministerio de Salud, Colombia Dr. Nerlson Ortiz, 1999.

Falk J., *EDIPL: Escala de desarrollo del Instituto Pikler, (Loczy)*, 1997- ed Ariana

Falk J., *Mirar al niño*, Ed. Ariana, 1997.

Frankenburg W, Dodds JB, *The Denver Developmental Screening Test*, J Paed 1967

Fano V, del Pino My Caino S presentado a Lejarraga Horacio, *Ensayos sobre Crecimiento y desarrollo* Paidós, 2011

Fejerman N. y Fernández Alvarez E., *Neurología Pediátrica*. Ed. Médica Panamericana 2º Edición, 1997.

Freud A, *Normalidad y patología en la niñez*, Ed. Paidós, 1984.

*Functoinal Emotional Assessment Scales (FEAS)* 2001 Autores: Greenspan, Degangi, Wieder

Gessell A, Ilg F.L. y col., *El infante y el niño en la cultura actual*, Ed. Paidós, 1979.

Gessell A., *Psicología evolutiva*. Ed Paidós, 1973.

Gesell, A., *Diagnóstico del desarrollo*. Ed. Paidós, 1971.

Giacobone A. 2011 *Escuchar en el decir. Cualidades sonoras de la infancia* Congreso latinoamericano de la primera infancia SAPI / WalMH;

Golse B., *El desarrollo afectivo e intelectual del niño*, Ediciones Masson S.A., 1987

GREENSPAN, Stanley I. *The clinical interview of the child*. American Psychiatric Pub, 2008.

Greenspan Stanley (2003): *The clinical interview of the child*. Third Edition. Washington.Londres.American Psychiatric Publishing.

HAEUSSLER, Isabel Margarita; MARCHANT, Teresa. *Tepsi: test de desarrollo psicomotor 2-5 años*. Universidad Católica de Chile, 1999.

Karmiloff K., y Karmiloff-Smith A., *Hacia el lenguaje*, Ediciones Morata S.L., 2005

Klauss M. y Kennell J., *La relación madre-hijo*, Ed Médica Panamericana, 1978;

Lebovicci S., Diathine R., Soule M., *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed Biblioteca Nueva, 1988. cap 12.

Lejarraga H., Krupitzky S. y colaboradores. *Prunape: guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años*, Ed. Nestle Argentina S.A., 1996.

Maiello S. Litteran Ante, *Notas sobre los elementos rítmicos y sonoros del lenguaje y de la comunicación verbal*. 2011

*Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas, y adolescentes* SAP 2010

Marrone, Mario, et al. *La teoría del apego: un enfoque actual*. Psimática, 2001.

Miller G. A., *Lenguaje y Habla*, Alianza Editorial, 1991.

Mehler J., Dupoux E., *Nacer sabiendo*, Alianza Editorial, 1992.

Montagu A., k. Ed. Paidós, 2004.

Morici Silvia, Agranatti Mercedes, Anexo *El pediatra frente al vínculo temprano*, *Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas, y adolescentes*, SAP 2010

Nakab A., Oliver M., Guías de pediatría ambulatoria. Anexo *Control de esfínteres*, *Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes*, SAP 2010

Oiberman, A., Mansilla, M., & Orellana, L. (2002). *Nacer y pensar. Escala Argentina de Inteligencia sensorio motriz (EAIS) de 6 meses a 2 años*. Bs. As.: Ed. CIIPME-Conicet, 1.

Oiberman y cols. *Etapas del proceso de Construcción de la Inteligencia Sensorio motriz en bebés argentinos*. Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Año 17-Nº 3 .2012)

Oliver Mónica (2011): *Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica en Ensayos sobre crecimiento y desarrollo*,resentado al Dr Lejarraga H. Buenos Aires. Fundasap-Ed. Paidós.

Ortiz N. *Escala abreviada de desarrollo EAD*. Ministerio de Slud, Colombia UNICEF. Noviembre 1999.

Papalia E.E., Wendkos Olds S. y Duskin Feldman R., *Psicología del desarrollo*, McGraw-Hill 11º ed, Editores, 2009.

Piaget J., *La construcción de lo real en el niño*. Ediciones Nueva Visión.1982

Piaget J., *Seis estudios de psicología*, Ed Labor, 1991.

Piper MC, Pinnell LE, Darrah J, et al. *Construction and validation of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*. *Can J Public Health*. 1992;83: S46-50

Richard e Piggle Italia; Perez E. 2006 *La entonación, Aportes para la comprensión de la escucha clínica músico terapéutica de niños*. Universidad del Salvador;

Rodríguez S., Arancibia, V. Undurraga, C., *EEDP: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor 0-24 meses (EEDP)* Santiago de Chile: Ed Cronopio,s 13 º ed., 2008.

Schapira, Roy E., Cortigiani MR., *Desarrollo normal y prevención de sus trastornos en menores de 2 años. Cuidados para evitar accidentes*. Primera edición Bs.As. 2002.

Stern D., *La primera relación madre-hijo*, Ed. Morata S.A. 3ª,1983

Stern Daniel N., *Diario de un bebé*. Ed.I Paidós 1999



Sobol I., Abadie Y., Andrade M., Anexo *El lenguaje y la comunicación* del Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes SAP 2010,

Spitz R., *El primer año de vida del niño*, Editorial Fondo de Cultura Economía, 1991.

Spitz Rene, *El No y SI sobre la génesis de la comunicación humana*, Ed. Paidós, 2001.

Vázquez H., Anexo *Familia*, en el *Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas, y adolescentes*, SAP 2010.

Winnicott D.W., *El hogar, nuestro punto de partida*. Editorial Paidós 2006

*Clinical Adaptive test/clinical linguistic Auditory Milestone Scale* (CAT CLAMS).





# NOTAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# NOTAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



República Argentina   
**salud.gob.ar**

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación