



PERÚ

Ministerio
de Salud



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS





PERÚ

Ministerio
de Salud

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

R. M. – N° 990 - 2010/MINSA

Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima – Perú
2011

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
148 páginas.

Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.

Elaborada por: Ministerio de Salud del Perú

© MINSA, Junio 2011

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas
Av. Salaverry N° 801 – Jesús María - Lima -Perú
Telef. : (51-1) 3156600
[http:// www.](http://www.minsa.gob.pe)
[http://webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011 - 10768
Lima, setiembre de 2011
Primera edición

Fotografías de carátula e interior:

UNICEF

Diseño y Diagramación:

Gilberto Cárdenas Llana

Impresión:

GRAFICA BIBLOS Jr. Morococha 152 Lima 34 Teléfono: 445 5566

Tiraje:

5,005

Versión digital disponible:

<http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>

<http://www.minsa.gob.pe/webftp.asp?ruta=normaslegales/2010/RM087-2010-MINSA.pdf>

DR. CARLOS ALBERTO TEJADA NORIEGA
Ministro de Salud

DR. ENRIQUE JACOBY MARTÍNEZ
Viceministro de Salud

DR. DANILO PEDRO CÉSPEDES MEDRANO
Secretario General

DR. CARLOS ACOSTA SAAL
Director General de Salud de las Personas

2011

PARTICIPARON EN LA FORMULACIÓN DE LA NORMA:

Ministerio de Salud

Dr. Luis Miguel León García.
Dra. Rosa Luz Vilca Bengoa.
Lic. Hortensia Ramírez Leandro.
Lic. Jacqueline Lino Calderón.
Dr. Yencey Barranzuela Montoya.

Instituto Nacional de Rehabilitación “Adriana Rebaza Flores”

Dra. Adriana Rebaza Flores.
Dra. María Méndez Campos.
Dra. María Esther Araujo Bazán.
Dra. Roxana Cock Huaman.
Dr. Carlos Aníbal Bejar Vargas.
Dr. Jaime Alen Ayca.

UNICEF

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
Lic. Ana María Higa Yamashiro.

CARE Perú

Lic. Walter Vilchez Dávila.

PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LA NORMA:

Representantes de

Direcciones Regionales de Salud:

Amazonas.			
Ancash.	Huancavelica.	Lambayeque.	Piura.
Apurímac.	Huanuco.	Lima.	Puno.
Ayacucho.	Huancavelica.	Loreto.	San Martín.
Cajamarca.	Ica.	Madre de Dios.	Tacna
Callao.	Junín.	Moquegua.	Tumbes
Cusco.	Libertad.	Pasco.	Ucayali.

Direcciones de Salud:

Lima Ciudad
Lima Sur
Lima Este

Programa Conjunto “Infancia, Nutrición y Seguridad Alimentaria”

MINSA- Dirección General de Promoción de la Salud

Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Seguro Integral de Salud

Sanidad de la Policía Nacional del Perú – Hospital Militar Central

Colegio Médico del Perú

Colegio de Enfermeros del Perú

Sociedad de Pediatría

Instituto de Investigación Nutricional

CARE-Perú

ONG Prisma

Asociación Taller de los Niños

PARTICIPARON EN LA REVISIÓN TÉCNICA FINAL:

Dr. Luis Miguel León García. - MINSA
Dra. Rosa Luz Vilca Bengoa. - MINSA
Lic. Hortensia Ramírez Leandro.- MINSA
Dr. Luis Robles Guerrero. - MINSA
Lic. Ana María Higa Yamashiro. - UNICEF
Lic. Lena Arias. - UNICEF
Lic. María Elena Ugaz. - UNICEF

Si por algún acto involuntario en la presente lista se omitió a alguna Institución/persona que contribuyó en la elaboración o revisión del presente documento, ofrecemos de antemano nuestras más sinceras disculpas.



Resolución Ministerial

Lima, 20 de DICIEMBRE del 2010

Visto el Expediente N° 09-099790-001, que contiene el Memorandum N° 3618-2010-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° UCN-105-2010-SG/MINSA, de la Secretaría General;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados, entre otros, a la atención integral;

Que, mediante documento del visto el Director General de Salud de las Personas ha propuesto para su aprobación el proyecto de: Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años, con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños de cero a cinco años a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo y la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos para facilitar el acceso oportuno a intervenciones efectivas para su atención;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud; y,



Z. Solís V.



S. ACCORONA



W. Olivera A.



D. León Ch.

De conformidad con el literal I) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;



Z. Solís V.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 087 -Minsa/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años", la misma que forma parte integrante en la presente Resolución Ministerial.



C. ACOSTAS.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud.



N. Olivera A.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



D. León Ch.

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud



CONTENIDO

PRESENTACIÓN	11
I. FINALIDAD.....	15
II. OBJETIVOS	15
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	15
IV. BASE LEGAL	15
V. DISPOSICIONES GENERALES	16
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	19
VII. COMPONENTES.....	39
VIII. RESPONSABILIDADES	47
IX. DISPOSICIONES FINALES.....	48
X. ANEXOS	51
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	147

PRESENTACIÓN

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño.

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.

La OMS estima que 10% de la población de cualquier país está constituido por personas con alguna tipo de discapacidad. La presencia de algún miembro con discapacidad en los hogares, se indagó en los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007. Se entiende por persona con discapacidad, a aquella que tiene alguna dificultad permanente física o mental, que limita una o más actividades de la vida diaria. Los resultados censales señalan que en 735 mil 334 hogares, que representan el 10,9% del total de hogares del país, existe al menos una persona con discapacidad física o mental, mientras que en el 89,1% (6 millones 18 mil 740) de hogares no existen personas con discapacidad¹.

1 INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2010², se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo.

En este contexto resulta de singular importancia realizar el *monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños* con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario.

El Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud la **“Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”**, documento en el que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva.

Ministerio de Salud

² INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2010.

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVOS
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- IV. BASE LEGAL
- V. DISPOSICIONES GENERALES
- VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
- VII. COMPONENTES
- VIII. RESPONSABILIDADES
- IX. DISPOSICIONES FINALES



I. FINALIDAD

Contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y a mejorar su salud y nutrición.

II. OBJETIVOS

- 2.1. Establecer las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años y difundirlos al personal de salud.
- 2.2. Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal.
- 2.3. Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (del Ministerio de Salud, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Subsector Privado), según corresponda.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
3. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
4. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

5. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas.
6. D.S. N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil.
7. D.S. N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
8. D.S. N° 003-2008-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
9. Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, que aprobó el documento normativo "Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil".
10. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos. El Modelo de Atención Integral de Salud".
11. Resolución Ministerial N° 751-2004-SA/DM que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1 "Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
12. Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA. que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 "Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
13. Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS N° 063-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal".
14. Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprobó la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad".
15. Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprobó la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

5.1.1. Crecimiento

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales,

emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

5.1.2. Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

5.1.3. Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

5.1.4. Riesgo para Trastorno del Desarrollo

Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos.

5.1.5. Trastorno del Desarrollo

Es la desviación significativa del "curso" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. Operativamente se aprecia al determinar el perfil de desarrollo como resultado de la evaluación a través de instrumento definido en la presente norma.

5.1.6. Crecimiento Adecuado o Normal

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

5.1.7. Crecimiento Inadecuado o Riesgo del Crecimiento

Condición en la niña o niño que evidencia, pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela

a las curvas del patrón de referencia vigente, aún cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

5.1.8. Factores Condicionantes de la Salud, Nutrición y Desarrollo del Niño

Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

5.1.9. Factores Protectores

Modelos individuales o de relación tales como actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

5.1.10. Factores de Riesgo

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

5.1.11. Estimulación Temprana

Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

5.1.12. Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo

Actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños. Estas apuestan a fortalecer la comunicación, uniendo grupos etarios similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluye al padre y se centra en el desarrollo de habilidades de crianza, cuidado y protección de los niños y niñas.¹

¹ Informe de Experiencias en innovación social/Ciclo 2004-2005 finalista-Asociación Taller de los Niños: Crecimiento y

5.2. Todos los establecimientos de salud, realizan control del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años, según el nivel de atención correspondiente. Los establecimientos del segundo y tercer nivel hacen actividades de control de crecimiento y desarrollo de niñas y niños con riesgo detectado o con diagnóstico de alteración/trastorno del crecimiento o desarrollo.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos. Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

- Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno.
- Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psicoafectivo y la nutrición del niño.
- Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad.
- Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño.
- Es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos.

6.1. Periodicidad del Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Menor de Cinco Años:

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

6.2. Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y Desarrollo:

- Historia Clínica estandarizada (Anexo N° 1), forma parte de una carpeta familiar e incluye:
 - Plan de atención.
 - Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación de la alimentación.
 - Formato de consulta.
- Carné de atención integral del menor de 5 años. (Anexo N° 2).
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño (Anexo N°3).
- Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses: Test Abreviado Peruano (TAP). De 3 a 4 años: Pauta breve.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado:

- El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.
- El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de

complementación nutricional o de registro de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña.

- El plan de atención permite calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente (anexo N° 4).
- El monitoreo del plan se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizará la visita domiciliaria correspondiente.

6.3. Actividades e Intervenciones del Control de Crecimiento y Desarrollo

6.3.1. Examen Físico

Consideraciones generales:

Cumplir con las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de instrumentos, equipo médico y mobiliario) y se asegurará de tener las manos tibias. El ambiente de examen debe brindar comodidad y privacidad.

Antes de iniciar el examen, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorar a través de preguntas sencillas al adulto responsable de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista. Explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen:

- Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, éstos se usarán progresivamente según sea necesario.
- Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos).
- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.
- Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres o acompañante los resultados obtenidos.

Consideraciones específicas según edad:

Recién Nacido (de 7 y 15 días)

En el establecimiento de salud

- Examinarlo sobre la camilla de examen.
- Empezar con el examen físico en dirección céfalo-caudal.

Realizado por el profesional médico o enfermera con el objetivo de evaluar el crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los signos de peligro en el RN y en la madre, verificar el aprendizaje y la práctica sobre el cuidado integral del recién nacido (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto e identificación de signos de alarma y acciones a seguir); el control se realiza en el establecimiento de salud.

Incluye:

- Evaluación física y neurológica (Anexo N° 5).
- Evaluación del crecimiento y la ganancia de peso.
- Evaluación de la alimentación y la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Verificación de la toma de muestra para el tamizaje neonatal y resultados de laboratorio de Rh y grupo sanguíneo, según norma específica.
- Identificación y/o verificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno que podrían interferir en el desarrollo integral del niño o niña:
 - a. Factores biológicos: bajo peso, prematurez o malformaciones congénitas.
 - b. Factores ambientales: contaminación intradomiciliaria del aire, del agua; pobreza etc.
 - c. Factores familiares: violencia intrafamiliar, disfunción familiar, consumo excesivo de alcohol y/o drogas ilícitas de personas significativas para el cuidado del niño.
- Verificación de la inscripción temprana para la obtención del código único de identidad, partida de nacimiento y/o DNI.
- Verificación de vacunas del recién nacido según el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma.
- Consejería sobre el cuidado integral del RN (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir).
- Verificar la afiliación del recién nacido al sistema de aseguramiento en salud según corresponda.
- Informar a la madre y familia sobre programas de apoyo social o protección de derechos a nivel local.

Visita domiciliaria

Actividad realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del RN, evaluar el cuidado esencial neonatal, verificar y fortalecer prácticas clave en el cuidado del RN (lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto; identificación de signos de peligro y acciones a tomar).

- Para los nacidos en EESS a las 48 horas del alta.
- Para los nacidos en domicilio, inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento.
- Para los que no acuden a control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita.

De uno a seis meses:

- Iniciar el examen, de preferencia en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen.
- Iniciar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito en el Anexo N° 5.

De siete meses a dos años:

- Promover la participación activa del niño.
- Empezar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito en el Anexo N° 5.
- Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño.
- Verificar acceso a un programa de apoyo social o protección de derechos según corresponda.

De dos años a cuatro años:

- Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño; permitir la compañía de los padres.
- Empezar con el examen físico siguiendo la dirección céfalo-caudal de acuerdo a lo descrito en el Anexo N° 5.
- Examinar sobre la camilla de examen, se puede hacer la mayor parte con la niña y niño sentado o de pie, promoviendo la participación del niño.
- Aprovechar el espacio para enseñar al niño o niña de acuerdo a la edad, sobre sus derechos, auto cuidado, la desconfianza ante extraños, el cuidado en su alimentación e higiene. Incentivar la confianza en el diálogo y contar a sus padres si alguien lo agrede o molesta.

6.3.2. Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

Consideraciones generales

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud, a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica.

6.3.2.1. Detección de Enfermedades Prevalentes

- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI².
- La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.

- En todos los establecimientos de salud, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años, de acuerdo al siguiente esquema:
 - Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año.
 - Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.
- Los exámenes se realizarán en los establecimientos de salud que cuenten con el equipamiento necesario, de lo contrario los niños y niñas serán referidos al establecimiento con la capacidad resolutoria correspondiente, siguiendo los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia³.
- El tratamiento y seguimiento de los casos es de responsabilidad del personal de salud de acuerdo a la categoría del establecimiento. El procedimiento se realiza en cada caso de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.
- En las áreas priorizadas por criterio epidemiológico, a fin de prevenir el desarrollo de parasitosis intestinal debido a geohelminthos, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de la prescripción de la profilaxis antiparasitaria de acuerdo al siguiente esquema:
 - Mebendazol (500mg/VO) o Albendazol (400 mg.) en dosis única cada 6 meses a partir de los dos años de edad.

6.3.2.2 Detección de problemas visuales

- La detección de problemas visuales se realizará a través de la evaluación de la visión, procedimiento que se detalla en el anexo N° 6.
- La evaluación de la visión en todo niño o niña menor de 5 años será realizada por el profesional de enfermería, el médico pediatra o médico general responsable del control de crecimiento y desarrollo.
- En el 100% de recién nacidos prematuros se verificará el cumplimiento de la prevención secundaria de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP), según lo precisado en la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01.

6.3.2.3 Detección de problemas de la Audición

- Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención considerará como signos indirectos de déficit auditivo lo siguiente:
 - No reacciona ante sonidos inesperados.
 - No gira la cabeza en dirección al sonido de la voz.
 - No comprende las órdenes.

³ Establecimientos de salud sin laboratorio que cuentan con hemoglobinómetro, utilizar este método para dosaje de hemoglobina.

- Pobre desarrollo del lenguaje. Si un niño no balbucea a los 11 meses debe remitirse inmediatamente para su estudio audiológico.
- Habla fuerte o no usa el lenguaje apropiado para su edad.
- En edades preescolares trastornos del aprendizaje de distinto grado.
- Observación e impresiones familiares.
- Todas las niñas y niños con indicadores de riesgo deben ser referidos al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por médico especialista a fin de realizar otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos de tallo en el período neonatal o en los primeros meses de vida.
- Considerar indicadores de riesgo auditivo neonatal: Historia familiar de hipoacusia neurosensorial congénita instaurada en la primera infancia; infecciones intrauterinas (TORCH), malformaciones craneofaciales, peso al nacimiento inferior de 1.500 g., hiperbilirrubinemia grave, uso de fármacos ototóxicos, meningitis bacteriana, hipoxia-isquemia perinatal, ventilación mecánica durante más de 5 días o estancia mayor de 48 horas en Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.
- En las niñas y niños mayores de 28 días considerar Indicadores de Riesgo: Sospecha de hipoacusia o de retraso del lenguaje, meningitis bacteriana u otras infecciones que puedan cursar con hipoacusia, traumatismo craneal con pérdida de conciencia o fractura craneal, uso de fármacos ototóxico y otitis media secretora recurrente o persistente.

6.3.2.4. Detección de problemas de salud bucal:

- Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención realizará el examen de la cavidad bucal.
- Todas las niñas y niños que presenten riesgos, alteraciones o malformaciones congénitas en la cavidad bucal serán referidos al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista.
- En cada control se debe orientar a la madre o cuidador sobre hábitos de higiene oral para la prevención de caries dental.
- A partir de los dos años de edad las niñas y niños deberán ser evaluados por profesional odontólogo.

6.3.2.5. Detección de violencia familiar y maltrato infantil:

- a. La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se deberá aplicar la "Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar" (Anexo N° 7).
- b. La detección del maltrato y violencia infantil se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la historia clínica, recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc., esta información

debe ser actualizada en los controles sucesivos evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidados que se proveen a niñas o niños, presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (castigo físico, correcciones verbales desproporcionadas, etc.).

- c. Durante la atención es necesario intervenir con amabilidad y empatía cuando se observe prácticas de castigo corporal (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso físico y otros), orientando a la madre sobre derechos del niño, impacto de la violencia en la autoestima y desarrollo posterior del niño. Explorar y reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso contra la mujer como una manera efectiva de prevenir maltrato infantil, en estos casos hacer la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar sobre otras oportunidades e instancias de apoyo local (Defensorías, DEMUNA, etc.).
- d. Durante la consejería individual o grupal se abordará, de acuerdo a la edad de la niña o niño, sus requerimientos y los problemas relacionados a cada etapa del desarrollo. Se expondrá a los padres o cuidadores métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta, estableciendo objetivos y acuerdos para mejorar el diálogo entre padres e hijos, reforzando su autoestima. Identificar a nivel comunitario los recursos de ayuda psicológica, laboral, social o económica a fin de establecer un sistema de referencia.
- e. El manejo de casos de violencia y maltrato infantil y el seguimiento correspondiente se realizará de acuerdo a la Norma Técnica vigente.

6.3.3. Suplementación con micronutrientes.

6.3.3.1. Suplementación con hierro.

- Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad⁴
- El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.
- En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizará durante 6 meses en forma continua por año.
- La administración preventiva de suplemento de hierro debe ser suspendida cuando las niñas y niños están recibiendo antibióticos.
- En niñas y niños menores de 36 meses que residen en zonas endémicas de malaria se debe descartar la presencia de la enfermedad (identificación del parásito) y dar tratamiento antes del inicio de la suplementación⁵

⁴ Las evidencias señalan que es la edad de mayor oportunidad.

⁵ "La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud" Washington, D.C.: OPS, © 2010.

- El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño, por lo tanto paralelamente a éste debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad; mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas; mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina C; el consumo de alimentos fortificados con hierro (harina de trigo u otros destinados a poblaciones de riesgo) y evitar sustancias que inhiben la absorción de hierro, como bebidas gasificadas, infusiones, café, etc.
- El personal de salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento es el responsable del seguimiento y de desarrollar estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación (visita domiciliaria, consejería, etc.).
- La visita domiciliaria se realizará en un número no menor de 3 durante el periodo que dure el proceso de suplementación.
- El personal de salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud garantizará el dosaje de hemoglobina a todas las niñas y niños a partir de los seis meses de edad una vez por año, para descartar anemia.

Esquema de suplemento con hierro:

- En niñas y niños de 6 meses a 35 meses, a término, con adecuado peso al nacer, administrar de 35 a 40 mg. de hierro elemental por semana, desde los 6 meses de edad y durante 6 meses al año⁶.
- En prematuros se prescribe 2 mg. de hierro elemental/kg de peso/día desde el segundo mes y durante 12 meses.

6.3.3.2. Suplementación con Vitamina A

La suplementación con Vit. "A" se realiza en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza.

- La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño en los establecimientos de salud priorizados.

Edad	Dosis	Frecuencia
Niños: 6 – 11 meses	100,000 UI	Una vez cada 6 meses
Niños: 12 – 59 meses	200,000 UI	Una vez cada 6 meses

Fuente: World Health Organization - 2000.

6 En el caso de sulfato ferroso en tabletas, en jarabe y en gotas pediátricas, se recomienda verificar la concentración para que las cantidades en mililitros que se administren cubran las dosis semanales requeridas. Ver guía específica.

6.3.4. Evaluación del crecimiento y estado nutricional

6.3.4.1. Valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico.

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos (Anexos N° 8 y 8.1).
- El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.
- Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.

Evaluación y monitoreo del crecimiento.

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.
- A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.
- El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.
- El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:
 - a. Crecimiento adecuado:**

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.
 - b. Crecimiento inadecuado:**

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aún cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

Condición del crecimiento	Anotación	Significado	Conducta a seguir
Crecimiento adecuado		<p>Señal de buen crecimiento, traducido en un incremento favorable de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia es paralela al patrón de referencia.</p> <p>Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)</p>	<p>Felicitar a los padres o adultos responsables del cuidado del niño, estimular las prácticas adecuadas en el cuidado de la niña o niño y citar para el control siguiente de acuerdo a esquema vigente.</p>
Crecimiento inadecuado (Señal de alerta)		<p>Señal de crecimiento inadecuado, traducido en poco incremento de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia no es paralela al patrón de referencia.</p> <p>Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)</p>	<p>Explorar e identificar los factores causales del crecimiento inadecuado, analizarlos y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, (tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia) y de considerar necesario referir para evaluación y tratamiento.</p>
		<p>Señal de crecimiento inadecuado, traducido en incremento nulo de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia no es paralela al patrón de referencia.</p> <p>Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)</p>	
		<p>Señal de crecimiento inadecuado, traducido en pérdida de peso, de la niña o niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia no es paralela al patrón de referencia. Los valores de la medida antropométrica se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)</p>	
		<p>Señal de crecimiento inadecuado, traducido en ganancia excesiva de peso para su edad, evidenciado de un control a otro.</p> <p>La tendencia se eleva por encima de la curva de referencia.</p>	

6.3.4.2. Clasificación del estado nutricional.

- Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud.
- Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores:

Indicador	Grupo de edad a utilizar
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	≥ a 29 días a < 5 años

Clasificación del estado nutricional en recién nacidos

Peso para la edad gestacional. Para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando el indicador peso para la edad gestacional se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional (Test de Capurro, Anexo N° 5) y de acuerdo a tabla (Anexo N° 5). El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en:

Peso para la Edad gestacional	
Punto de corte	Clasificación
< P10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Fuente: Center for Disease Control CDC 2000.

Peso al nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento	
Punto de corte	Clasificación
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
> 4000 gramos	Macrosómico

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años.

Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años			
Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional.

6.3.4.3. Manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales. (Anexo N° 8.2).

Cuando se evidencia crecimiento inadecuado – riesgo nutricional, explorar e identificar los factores causales:

- Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo a guía de práctica clínica.
- Las citas para el monitoreo del crecimiento se programan con intervalos de 7 días, de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso mórbido.
- Programar visita domiciliaria a fin de apoyar a los padres en la adopción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado.
- Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de ésta establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño, según se requiera.

El manejo y seguimiento de los casos de desnutrición es de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.

6.3.5. Evaluación del desarrollo

Consideraciones previas

- La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad indicada en la tabla N° 1 y es de responsabilidad del profesional de enfermería.
- La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica).

6.3.5.1. Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de 5 años

Niñas y niños de 0 a 30 meses: Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD) (Anexo N° 9). El Test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

- a. Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Control de cabeza y tronco - sentado.
 - Control de cabeza y tronco - rotaciones.
 - Control de cabeza y tronco - marcha.
- b. Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Uso de brazo y mano.
 - Visión.
- c. Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Audición.
 - Lenguaje comprensivo.
 - Lenguaje expresivo.
- d. Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Alimentación vestido e higiene.
 - Juego.
 - Comportamiento social.
- e. Inteligencia y Aprendizaje.

Niñas y niños de 3 y 4 años: Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o PB (Pauta Breve) (Anexo N° 9). El Test mide el rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

Consideraciones previas a la evaluación

- La evaluación debe hacerse con la participación de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado (sin ruidos molestos), con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Se explicará a los padres los logros del desarrollo que su hijo debe alcanzar según su edad, para que puedan estimularlo adecuadamente en su hogar.
- En la primera evaluación explorar sobre la existencia de factores de riesgo para el desarrollo.
- Para la aplicación de los instrumentos de evaluación, el profesional de enfermería debe ser experto en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.
- Los instrumentos deben administrarse sólo si la niña o niño está tranquilo y muestra condiciones adecuadas de salud. Si la niña o niño llora, está irritable, con sueño o enfermo, orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para evaluación posterior.
- El control de crecimiento y desarrollo de las niñas o niños prematuros se deberá realizar en establecimientos de salud de nivel 2 ó 3; es responsabilidad del médico pediatra, profesional de enfermería o médico general y se debe usar edad corregida hasta los 2 años.

Criterios para la interpretación de resultados

- La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado:
- Evaluación de niñas y niños de 0 a 30 meses utilizando el Test Peruano de desarrollo del niño. Los resultados pueden ser:
 - a. Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
 - b. Riesgo para trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo de acuerdo al Anexo N° 9.
 - c. Trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra:
 - Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito
 - Desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos.
 - Desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito.
 - Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos ó más hitos.
 - Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.
- Evaluación de la niña o niño de 3 y 4 años utilizando el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o Pauta Breve (PB) los resultados pueden ser:
 - a. Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

- b. Déficit del desarrollo: Cuando una ó más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.

6.3.5.2. Manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive. (Anexo N° 9)

- Durante la evaluación del desarrollo el profesional, explicará y demostrará a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño, el modo y las pautas de estimulación al niño de acuerdo a los resultados obtenidos:
 - a. Desarrollo normal: Felicitar a los padres o cuidadores y mencionar los logros del niño o niña vinculados a las prácticas realizadas. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y controlar de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.
 - b. Riesgo para trastorno del desarrollo: Analizar con los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño el factor o situación de riesgo detectado e identificar mecanismos para su disminución. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación. En estos casos es necesario involucrar a la familia en el seguimiento para garantizar el control de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.
 - c. Trastorno del desarrollo: El manejo se hará con base a los factores causales encontrados y de acuerdo a lo descrito a continuación:
 - » Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en uno o más hitos: explicar y demostrar a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño las medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa relacionadas con los factores y el trastorno encontrado, durante 2 meses, según el esquema del desarrollo. Realizar como mínimo una visita domiciliaria antes del siguiente control. Reevaluar al niño cada mes. Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, referirlo al establecimiento de salud de mayor complejidad.
 - » Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos o más meses en uno o más hitos o el perfil muestra desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo: Referirlo inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad y asegurarse que la referencia sea efectiva; así mismo verificar la contra referencia para continuar con el seguimiento. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.
 - d. Déficit del desarrollo: Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y citar en 2 semanas para control, si mejora continuar con los controles de acuerdo al calendario según edad; si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe

organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

- La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutoria para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del desarrollo y se ajustará a la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo.
- La contrarreferencia se realizará de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo indicando el manejo a seguir.
- Es responsabilidad del profesional de enfermería coordinar la referencia, contrarreferencia y seguimiento de niñas y niños.

6.3.5.3. Estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad

- La estimulación del desarrollo fortalece el vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus niños y niñas, con lo cual se afianza la seguridad, autoestima y confianza del niño o niña.
- La estimulación del desarrollo incluye actividades puntuales para mejorar habilidades y destrezas de la niña o niño en áreas específicas del desarrollo como: Lenguaje, motor, social, emocional y cognitiva.
- La estimulación del desarrollo se lleva a cabo en el consultorio de manera individual o en forma colectiva a través de sesiones agrupando a los niños según su edad.
- Las pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño deben estar de acuerdo a la edad y el nivel de desarrollo de la niña o niño, considerando el contexto socioeconómico y cultural de la familia.
- El material que se utilice para la estimulación puede ser elaborado con la participación conjunta del personal de salud, padres y la comunidad, considerando los patrones culturales locales y regionales.
- El prestador de salud durante la atención aborda con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño lo siguiente:
 - La estimulación psicosocial determina el comportamiento del niño, es decir cómo manifiestan sus emociones según su edad y cómo se relaciona con los demás, por lo que el niño necesita, sentirse apreciado, querido y protegido en todo momento.
 - La participación de ambos padres en el proceso de desarrollo de la niña o niño es de vital importancia, por lo tanto es necesario promover la interacción constante entre ellos.
 - Todos los momentos son buenos para la estimulación; sin embargo, es necesario que los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y el niño le dediquen el tiempo necesario y le presten la debida atención y cuidado.
 - La interacción de la niña o niño dentro de un grupo de amigos también se constituye en un espacio y una oportunidad de estimulación, por lo que debe ser promovida desde la familia.

- La práctica de la lactancia materna exclusiva además de proveer los nutrientes necesarios para el crecimiento de la niña o niño, fortalece la relación afectiva madre-hijo brindándole seguridad y confianza a la niña o niño.
- El masaje infantil y las caricias son formas de mostrar cariño, dan seguridad y ayudan a la niña o niño a desarrollarse emocionalmente; por lo tanto, es necesario promover en los padres estas prácticas.
- El juego es otra de las formas efectivas de estimular al niño, por lo que es necesario promover espacios de juego de los niños con sus padres o cuidadores y fomentar la preparación de sus juguetes con los recursos locales.
- La música y el canto también son estrategias para estimular el desarrollo del lenguaje.

6.4. Intervenciones de información y comunicación educativa a la familia para apoyo a la crianza (ver Anexos N° 10 y 11)

6.4.1. Identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño.

- Durante el proceso de control de crecimiento y desarrollo es indispensable la identificación, registro y análisis de los factores condicionantes (protectores y de riesgo) de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño; este proceso se realizará de manera conjunta entre el prestador y los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño.
- La identificación de estos factores es clave para que la consejería sea efectiva y para orientar adecuadamente los acuerdos negociados con los padres. Su identificación de manera oportuna permitirá, estimular y garantizar aquellos factores protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo, que en un momento dado amenacen la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño. Asimismo, permitirá hacer la referencia oportuna.

Evaluación del consumo de alimentos y agua segura

- La evaluación del consumo de alimentos y agua segura se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). El objetivo es indagar sobre las características de la alimentación e identificar factores de riesgo, utilizando el esquema incluido en la historia clínica, los resultados obtenidos sirven como base para la consejería y la programación de visitas domiciliarias y sesiones demostrativas.

Identificación de factores protectores.

- Los factores protectores son aquellas prácticas que favorecen la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña o niño como:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los dos años de edad.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
- Proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes especialmente hierro y vitamina A.
- Cumplimiento oportuno y completo del esquema de vacunación.
- Promover el correcto lavado de manos, higiene corporal y de cabello.
- Proteger a las niñas y niños con ropa adecuada y limpia de acuerdo al clima.
- Continuar la alimentación de forma fraccionada y dar líquidos a los niños cuando estén enfermos.
- Reconocer los signos de peligro de las enfermedades prevalentes de la niñez para el traslado oportuno al establecimiento de salud.
- Afectividad entre padres e hijos y otros miembros de la familia.
- En la vida de un niño, el medio donde mayoritariamente confluyen los factores protectores es la familia, constituyéndose ésta en el núcleo y fundamento para el desarrollo integral del niño o niña.

Identificación de factores de riesgo

- Son factores de riesgo, aquellos factores causales o asociados, que alteran de manera significativa la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, como:

Socioeconómicos:

- Pobreza.
- Analfabetismo o bajo nivel de escolaridad de los padres.
- No contar con Código Único de Identidad y Documento Nacional de Identidad (DNI).
- No tener acceso a un seguro de salud (SIS, EsSalud u otro seguro).
- Saneamiento ambiental deficiente.
- Condiciones de vivienda inadecuadas.
- Edad de la madre (adolescente)
- Carencia afectiva.
- Orfandad o situación de abandono social.
- Familia disfuncional.
- Prácticas inadecuadas de alimentación.

Factores Pre Natales

- Consanguinidad.
- Antecedente familiar de alteraciones cromosómicas.
- Enfermedades e infecciones maternas (Sífilis, Toxoplasmosis, HIV, Citomegalovirus, Rubéola).
- Edad de la madre – Embarazo adolescente.

- Embarazo no deseado.
- Retraso de crecimiento intrauterino.
- Exposición a Rayos X.
- Exposición a tóxicos (alcohol, drogas, plomo, medicamentos, otros).
- Alteraciones metabólicas: Diabetes, Hipotiroidismo.
- Problemas de función fetal/placentaria.
- Enfermedades genéticas y defectos congénitos.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Pre-eclampsia, Eclampsia.
- Alteraciones estructurales neurológicas detectadas por ultrasonido.

Factores Natales

- Asfixia perinatal.
- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer
- Trauma obstétrico.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- APGAR <3 al 1 min. ó <7 a los 5 min.
- Atención del parto por personal no calificado.

Factores Postnatales

- Hiperbilirrubinemia.
- Deprivación de afecto y cuidado a la niña(o).
- Maltrato infantil, violencia familiar.
- Trastornos metabólicos: hipoglicemia, hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis quística.
- Sepsis e infecciones del Sistema Nervioso Central: Meningitis, encefalitis.
- Lesión cerebral traumática.
- Desnutrición severa.
- Displasia de cadera y otras malformaciones congénitas.
- Síndrome convulsivo.

6.4.2. Consejería Integral

- La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.
- La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite

establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica.

- La consejería se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal/lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre etc.).

6.4.3. Consejería Nutricional

- El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.
- La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.
- Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto.
- La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

6.4.3.1 Consejería en lactancia materna

La realizan los integrantes del equipo de salud que hayan recibido la capacitación respectiva. Puede ser una actividad individual o colectiva.

VII. COMPONENTES

7.1. Componente de Gestión

7.1.1. Planeamiento, programación y asignación de recursos

- El control de crecimiento y desarrollo es una actividad incluida en el plan operativo anual de la institución.

- Los planes operativos en los diferentes niveles incluirán actividades que promuevan y organicen la demanda del servicio de crecimiento y desarrollo.
- El control de crecimiento y desarrollo es una intervención incluida en la estructura funcional programática presupuestal como parte del Programa Estratégico Presupuestal Articulado Nutricional, como finalidad **“Niños con CRED completo según edad”**; siendo su unidad de medida **“Niño Controlado”**.
- La población objetivo para el control de crecimiento y desarrollo es la niña y niño de 0 a 4 años 11 meses 29 días con prioridad del menor de 36 meses.
- La población estimada a atender por año por cada subsector se determina considerando la responsabilidad en cada ámbito jurisdiccional.
- Los criterios de programación definidos por el nivel nacional (Anexo N° 12), son utilizados para determinar la meta física de niñas y niños controlados por grupo de edad en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- La asignación de recursos humanos para realizar el control de crecimiento y desarrollo está determinado por la meta física, el tiempo promedio utilizado por control (45 minutos), características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada (número de consultorios), categoría y capacidad resolutive del establecimiento de salud, modalidad de atención (individual o colectivo) y escenario en el que se desarrolla.

7.1.2. Supervisión, Monitoreo y Evaluación

- El monitoreo del control de crecimiento como actividad se realiza de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos en los establecimientos de salud y es de responsabilidad del profesional de enfermería en los diferentes niveles, local (Red y Microrred), regional (DIRESA, GERESA o quien haga sus veces a nivel regional) y nacional (DAIS - Etapa de Vida Niño) de acuerdo a su competencia.
- El monitoreo permite describir y calificar el cumplimiento y avance de metas físicas, así como de los procesos que aseguren la disponibilidad de los insumos, la ejecución presupuestal y otros según corresponda.
- La supervisión se orienta a mejorar el desempeño del personal y la calidad del control del crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud, por lo tanto son programadas con una periodicidad de acuerdo al nivel y es de responsabilidad del profesional de enfermería con apoyo del equipo de gestión de los niveles local (Red y Microrred), regional (DIRESA, GERESA o quien haga sus veces a nivel regional) y nacional (DIAS - Etapa de Vida Niño) de acuerdo a su competencia.
- La supervisión implica el desarrollo de acciones inmediatas como la asistencia técnica, el mismo que se define como un proceso de enseñanza aprendizaje en el que se interactúa con el recurso humano supervisado, analizando los elementos críticos identificados a fin de implementar medidas correctivas.
- Los resultados de la supervisión permiten la planificación de procesos de desarrollo de capacidades bajo otra metodología. (Talleres, pasantías etc.), a mediano y largo plazo.

- La evaluación tiene como objetivo comparar los objetivos y metas trazadas con los resultados obtenidos.
- La evaluación de acuerdo a los indicadores previstos se realizará con una periodicidad mensual, semestral y anual, por niveles (Nacional, regional y local).
- La evaluación se hace tanto de las metas físicas, así como, presupuestales en cada nivel.
- La información utilizada para la evaluación proviene del sistema de información oficial vigente.
- Los indicadores de evaluación son:
 - Indicadores de estructura
 - Proporción de establecimientos de salud con equipamiento adecuado para realizar control de crecimiento y desarrollo.
 - Proporción de establecimientos de salud con profesionales de enfermería capacitados para realizar control de crecimiento y desarrollo.
 - Indicadores de proceso
 - Proporción de niñas y niños con control de crecimiento y desarrollo completo de acuerdo a su edad.
 - Proporción de niñas y niños menores de 24 meses suplementados con hierro.
 - Indicadores de impacto
 - Proporción de niños que mantiene su curva de crecimiento adecuada.
 - Prevalencia de desnutrición crónica infantil.
 - Prevalencia de anemia infantil.

7.1.3. Fortalecimiento de competencias del personal de salud

- El personal que realiza el control de crecimiento y desarrollo requiere de capacitación y actualización permanente.
- La capacitación mínima que debe recibir el personal profesional y técnico es de 40 horas académicas por año.
- Los contenidos mínimos de capacitación son: Crecimiento y desarrollo del niño, consejería, estimulación temprana, antropometría, nutrición materno infantil, atención integral de salud, detección y manejo de violencia, sistema de información y gestión.

7.1.4. Sistema de información. (Anexo N° 13).

- El recojo, procesamiento y análisis de la información de las actividades de control de crecimiento y desarrollo se hace de acuerdo a la normatividad vigente.

7.1.5. Investigación

- Las líneas de investigación operativa principalmente están orientadas a:
 - Evidenciar la eficacia del control de crecimiento y desarrollo en la mejora de la salud, nutrición y calidad de vida de la niña y el niño.

- Impacto de las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición del menor de 3 años (lactancia materna y alimentación complementaria) en la disminución de la desnutrición crónica y morbi mortalidad infantil.
- Impacto de la estimulación temprana en el desarrollo infantil.
- Impacto del control de crecimiento y desarrollo en la disminución de la violencia familiar.
- Impacto de la consejería en la mejora de prácticas de cuidado del niño en los padres.
- Desarrollo de tecnología para la mejora de las intervenciones relacionadas al control de crecimiento y desarrollo a nivel local.

7.2. Componente de Organización

7.2.1. Organización de la atención

- El control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, es realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría en los consultorios de atención integral del niño y está guiado por un fluxograma establecido de acuerdo a la realidad local; éste debe priorizar la atención de mayor riesgo, disminuir tiempos de espera, reducir oportunidades perdidas, optimizar el uso de los recursos disponibles, etc.

7.2.2. Instrumentos de registro y seguimiento

- Los instrumentos de registro de la atención son los siguientes:
 - Historia Clínica estandarizada que incluye: (Anexo N° 1)
 - ✓ Plan de atención.
 - ✓ Datos de filiación y antecedentes.
 - ✓ Evaluación del consumo de alimentos.
 - ✓ Formato de consulta.
 - ✓ Curvas de crecimiento P/E, T/E y PC.
 - ✓ Instrumento de evaluación del desarrollo de acuerdo a la edad.
 - ✓ Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
 - Carné de atención integral del menor de 5 años.
 - Registro diario de atención Integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente.
 - Registro de seguimiento de atención integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente.
 - Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).

7.2.3. Ambiente y Equipamiento

- Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario contar con uno o más ambientes debidamente acondicionados y equipados de acuerdo a la categoría.

- La infraestructura, equipamiento y mobiliario del consultorio de atención integral del niño se ajustará a la normatividad vigente. (Anexo N° 13).
- Los equipos para la toma de medidas antropométricas deberán cumplir con las especificaciones técnicas y control de calidad establecidas. (Anexo N° 13).

7.2.4. Equipo de Salud

Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario que en cada establecimiento de salud de acuerdo a su categoría cuente con enfermera o personal de salud técnico capacitado; así mismo es necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo.

7.2.5 Referencia y contrarreferencia

- La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutive de la red o micro red para el diagnóstico y/o tratamiento de los problemas de crecimiento y desarrollo, así como para procedimientos de ayuda diagnóstica.
- Todo niño con trastorno físico o malformación congénita debe ser referido inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad para su atención.
- El procedimiento a seguir para la referencia y contrarreferencia se ajustará a la normatividad vigente. (Todo niño debe tener un control anual por médico).

7.3. Componente de Provisión

- El control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años es realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría.
- El control de crecimiento y desarrollo puede ser realizado en la comunidad u otros escenarios siempre que se cuente con ambientes que cumplan con las condiciones físicas y de equipamiento mínimo requerido.
- El control del crecimiento y desarrollo en la comunidad se prioriza en aquellas zonas con difícil acceso a los establecimientos de salud.
- El control de crecimiento y desarrollo es de responsabilidad de la/el enfermera (o) en todo los niveles de atención.
- En establecimientos del primer nivel que no cuenten con enfermera(o) podrá ser realizado por personal técnico debidamente capacitado.
- El control de crecimiento y desarrollo requiere de un tiempo mínimo de 45 minutos por cada control, el mismo que se ajusta de acuerdo a la necesidad y condición del usuario.
- Los procesos necesarios para realizar el control de crecimiento y desarrollo son: captación, admisión, atención, y seguimiento.

Captación

Cuando la atención del parto es institucional:

El establecimiento que atendió el nacimiento de la niña o niño informa al servicio o establecimiento de salud correspondiente, a fin de programar realizar la primera visita domiciliaria a las 48 horas del alta y su primer control a los siete días.

Cuando la atención del parto no es institucional:

- El personal de salud realiza visita domiciliaria inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento, la actividad se realiza en coordinación con el agente comunitario si corresponde y programa, de mutuo acuerdo con los padres, el primer control de la niña o niño a los 7 días.
- Los niños y niñas que no han nacido en la zona o que no tuvieron seguimiento después del nacimiento, serán captados a través de la referencia realizada por los agentes comunitarios, en las visitas a la comunidad o en visitas domiciliarias.
- Los niños y niñas que por primera vez asisten al establecimiento de salud por cualquier motivo (por enfermedad, como acompañante, etc.) son captados para iniciar sus controles.
- En los establecimientos de salud todo el personal de salud ofrece información clara y detallada sobre la oferta del control de crecimiento y desarrollo, resaltando los potenciales beneficios para la salud de la niña y el niño así como para la familia y comunidad.
- El personal responsable de la atención integral y del control de crecimiento y desarrollo diseña e implementa estrategias de trabajo con las familias, comunidad y otros sectores para mejorar el acceso y la cobertura.
- Con el apoyo de los agentes comunitarios y autoridades comunales, se elabora y actualiza permanentemente un listado de niños y niñas de la comunidad, (los que van naciendo y los que llegan a la comunidad a residir).
- La captación también se realiza en otros espacios donde se agrupan niñas y niños (Wawawasi, nidos, cunas, instituciones educativas de nivel inicial, etc.)

Admisión

El proceso de admisión para el control de crecimiento y desarrollo de la niña o el niño en un establecimiento de salud incluye: la recepción, la determinación de su condición de afiliación o aseguramiento y el recojo de información necesaria para su identificación y registro, asimismo incluye la provisión de información necesaria que guíe a los padres en el proceso de atención, no solo en el establecimiento sino en la red de servicios de salud.

Atención

- El control de crecimiento y desarrollo es parte del paquete de atención integral de la niña y niño menor de 5 años.
- El control de crecimiento y desarrollo se hace de acuerdo al plan de atención integral individualizada y esquema vigente.

Seguimiento

- Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y el niño.
- Las citas se establecen considerando los intervalos mínimos establecidos, fecha de nacimiento de la niña o niño, disponibilidad de tiempo de los padres, disponibilidad de recursos del establecimiento, etc.
- La frecuencia de citas se incrementa cuando se identifican riesgos o problemas en la niña o niño.
- El instrumento que guía el seguimiento es el plan de atención integral individualizado.
- La visita domiciliaria se constituye en la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, ya que permite:
 - Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas clave.
 - Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.
- Se realizará visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos:
 - Niñas y niños que no acuden a citas programadas.
 - Niñas y niños que presentan crecimiento inadecuado.
 - Niñas y niños con riesgo para el desarrollo.
 - Niñas y niños con trastornos del desarrollo.
 - Niñas y niños en proceso de suplementación con hierro.
 - Niñas y niños con riesgo social.
 - Niñas y niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.
- El seguimiento de las niñas y niños se asegura a través del sistema de vigilancia comunal.
- El servicio de salud debe propiciar que la comunidad participe en el seguimiento definiendo los mecanismos de seguimiento más efectivos a los niños y gestantes de acuerdo a su realidad.

7.3.1. Modalidades de atención

Atención individual: Proceso en el que interactúa el proveedor de servicios de salud con una niña o niño menor de 5 años y con los padres o responsables del cuidado de ellos, siguiendo el procedimiento descrito en la presente norma.

Atención colectiva (Anexo N° 15): Proceso en el que interactúan el proveedor de servicios de salud con un colectivo de niñas y niños de la misma edad y sus padres¹.

- En la modalidad de atención colectiva se diferencian dos fases, la primera una fase de evaluación individual, siguiendo las pautas descritas en la presente norma, seguida de una fase de trabajo colectivo, orientado a desarrollar un proceso educativo y estimulación grupal, promoviendo la participación activa de los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y el niño.

- La atención colectiva es una modalidad recomendada para establecimientos de salud que reciben una gran demanda (poblaciones concentradas y semi - concentradas).
- Los grupos se conforman con un máximo de 10 niños o niñas de la misma edad en compañía de sus padres.
- El procedimiento recomendado es el siguiente:
 - Realizar la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño de forma individual siguiendo las pautas descritas previamente, explicar a las madres los resultados de la evaluación.
 - El trabajo colectivo se desarrolla después de culminada la evaluación individual.
 - Reunir al grupo de padres e hijos en un ambiente adecuado y se dialoga con los padres sobre los problemas encontrados en la evaluación.
 - Analizar de manera participativa las principales causas de los problemas encontrados y plantear alternativas para poder mejorar la situación de manera conjunta con los padres.
 - Desarrollar las sesiones educativas sobre nutrición, salud y prácticas de estimulación temprana, considerando la edad de los niños del grupo o la coincidencia de aspectos débiles identificados durante la evaluación individual.
- Durante el trabajo colectivo se revisan:
 - Los conocimientos y prácticas para la nutrición de acuerdo a la edad de los niños (LME, alimentación complementaria, etc.).
 - Las actividades que estimulen el desarrollo motor.
 - Las actividades que estimulen el aprendizaje del lenguaje.
 - Las prácticas de higiene, crianza y cuidado diario, prevención de prácticas violentas que dañen el desarrollo y autoestima de la niña o niño.
- Desarrollar sesiones de estimulación temprana sobre temas identificados.
- Establecer de manera conjunta acuerdos individuales sobre mejoras en las prácticas para el cuidado de la niña y niño.
- Se recuerda la siguiente cita la misma que se consignará de manera individual en el carné de la niña o niño.

Consideraciones para el trabajo colectivo

- Para asegurar un trabajo con grupos etarios similares, se establece un sistema de citas y programación teniendo en cuenta la edad de niñas y niños. Esto permite a los padres comparar el desarrollo de su niña o niño con otros de la comunidad e intercambiar experiencias y conocimientos.
- Para el desarrollo del trabajo colectivo se requiere de un espacio físico que cumpla condiciones de amplitud, iluminación, ventilación y equipamiento (colchonetas, sillas o bancas, batería de estimulación, equipo de ayuda audiovisual, etc.).
- La base del trabajo colectivo reposa en la voluntad de las madres y los padres de aprender y de trabajar diariamente con su niña o niño y está orientado a desarrollar un proceso educativo y estimulación grupal, basado en el intercambio de

conocimientos y prácticas relacionadas al cuidado integral del niño, estimulación temprana y fomento del afecto.

- El trabajo colectivo permite el intercambio y recojo de experiencias exitosas sobre crianza y cuidado de niñas y niños. Los padres pueden observar los beneficios de la estimulación temprana, cuidado y crianza diligente, como elementos clave para el desarrollo armonioso de la niña o niño durante la primera infancia. También aborda mitos y creencias de las madres y padres sin prejuicios, dado que se establece un mecanismo de análisis y reflexión entre pares.
- Esta metodología facilita el proceso de aprendizaje dado que se establece un mecanismo de retroalimentación bidireccional entre padres y personal de salud. Estimula y motiva a los padres a desarrollar actividades con sus hijos.

7.4. Componente de financiamiento

- Las actividades de control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, en los establecimientos públicos, serán presupuestadas por las fuentes de financiamiento establecidas de acuerdo a las normas legales vigentes para las diferentes entidades públicas que prestan servicios de salud. Los establecimientos de salud privados implementan las actividades de control de crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años según el modelo de financiamiento que las sustenta.
- Los modelos de aseguramiento público, incluirán entre sus prestaciones las actividades contenidas en la presente norma técnica de salud.
- La estructura de costos estándar es el instrumento que sustentará la asignación de recursos financieros.

VIII. RESPONSABILIDADES

- **Nivel Nacional:**
El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud; así como de la supervisión y de brindar asistencia técnica al nivel regional para su aplicación. Los niveles de dirección institucional de los establecimientos de salud de los subsectores (EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, y privados) a nivel nacional, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud; así como de la supervisión de su aplicación, en los diferentes servicios involucrados en la atención de la niña y el niño menor de cinco años, del ámbito de su competencia.

- **Nivel Regional:**

Las DISAs y DIRESAs o la que haga sus veces en el ámbito regional son responsables de la difusión de la NTS en sus jurisdicciones respectivas, así como de la supervisión de su implementación en los establecimientos de salud públicos y privados. También son responsables de reportar al nivel nacional, la información referida a las atenciones que se brindan en el marco de la presente NTS.

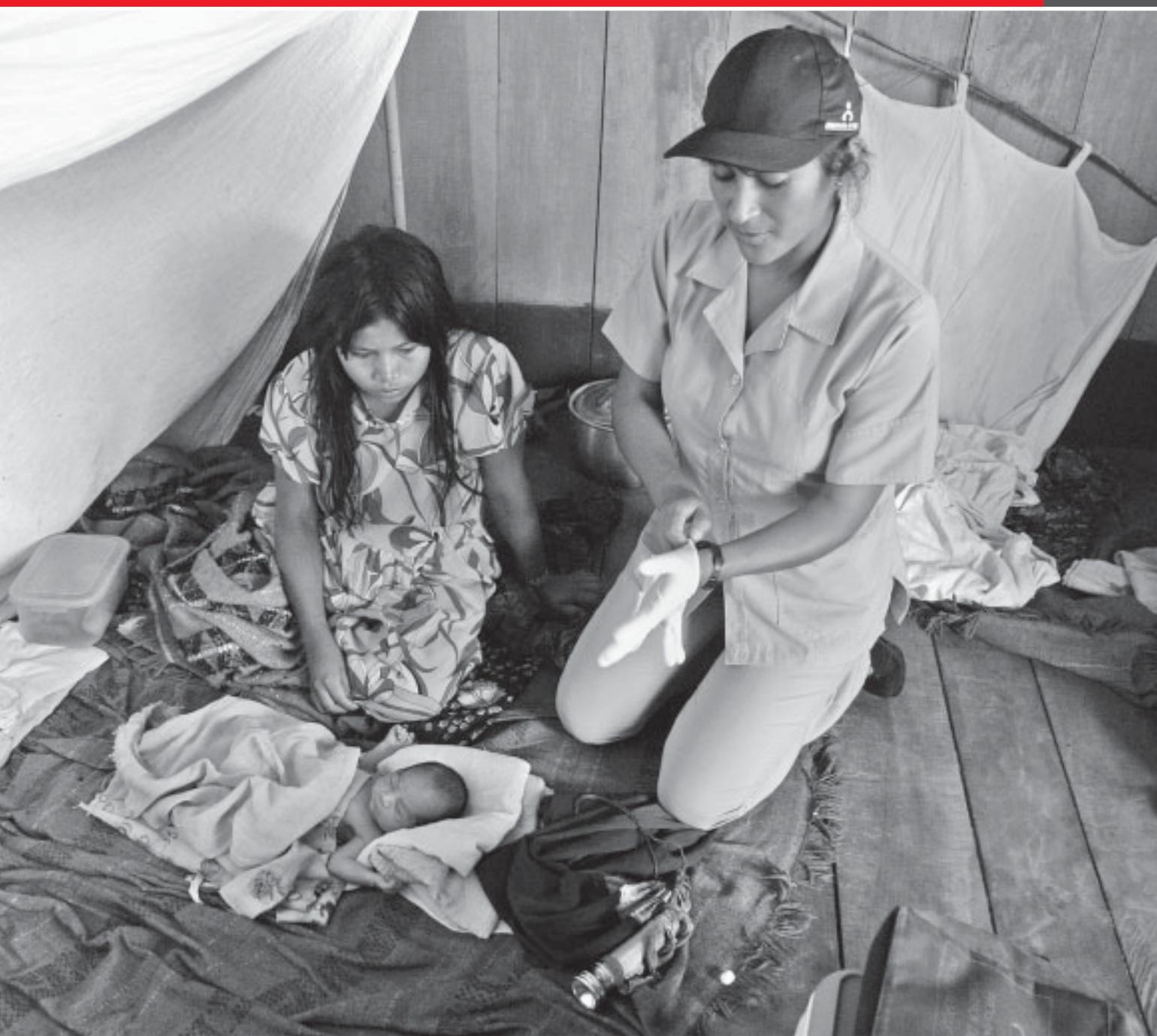
- **Nivel Local:**

La dirección o jefatura de cada establecimiento de salud, público o privado, según el nivel de complejidad, es responsable de la implementación y cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.

IX. DISPOSICIONES FINALES

- La presente NTS debe ser revisada y actualizada de ser necesario, cada dos años por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

X. ANEXOS
XI. BIBLIOGRAFÍA



ANEXOS

- Anexo N° 1:** Formato de Historia Clínica de la niña y el niño (incluye):
- Plan de atención.
 - Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación del consumo de alimentos.
 - Formato de consulta.
- Anexo N° 2:** Carné de atención integral del menor de 5 años.
- Anexo N° 3:** Registro de seguimiento de la atención integral.
- Anexo N° 4:** Guía para la elaboración y monitoreo del plan de atención.
- Anexo N° 5:** Guía para el examen físico del niño, guía para la evaluación de los pares craneales, guía para la evaluación de los reflejos primarios en el recién nacido, Peso para Edad gestacional en recién nacidos, Test de Capurro.
- Anexo N° 6:** Pruebas para la detección de alteraciones visuales.
- Anexo N° 7:** Ficha de Tamizaje: violencia y maltrato infantil.
- Anexo N° 8:** Curvas de crecimiento, guía para la toma de medidas antropométricas, guía para la evaluación de la alimentación.
- Anexo N° 9:** Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño, guía para evaluación del desarrollo de aplicación del test de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 30 meses, guía para la evaluación del desarrollo de la niña y niños de 3 y 4 años y aplicación del test abreviado o pauta breve (PB), fluxograma de manejo de problemas del desarrollo.
- Anexo N° 10:** Pautas de estimulación del desarrollo en niñas y niños de 0 a 24 meses.
- Anexo N° 11:** Guía para brindar pautas de crianza y cuidado de niñas y niños menores de 5 años.
- Anexo N° 12:** Criterios de programación.
- Anexo N° 13:** Ambiente y equipamiento mínimo para realizar el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de 5 años.
- Anexo N° 14:** Formato de informe mensual de actividades de atención integral de la niña y niño menor de 5 años.
- Anexo N° 15:** Guía para la atención colectiva en el proceso de control de crecimiento y desarrollo.

Anexo N° 1

Formato de historia clínica de la niña y el niño

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

N° de Historia Clínica	<input type="text"/>	Código Afiliación SIS u otro Seguro :	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	CUI/DNI	<input type="text"/>
Nombres	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F F. de Nac. <input type="text"/>
Dirección / Referencia <input type="text"/>			
Madre, Padre o adulto responsable del cuidado del niño		Edad	DNI
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Problemas y Necesidades	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	Atención del recién nacido								
2	Control de Crecimiento y desarrollo del niño.								
3	Administración de Micro nutrientes (suplemento)	Hierro							
		Vitamina "A"							
		Otros							
4	Sesión de estimulación temprana								
5	Consejería Nutricional								
6	Administración de vacuna								
7	Detección, Dx y Tto de:	Anemia							
		Parasitosis							
8	Salud Bucal	Atención odontológica							
		Aplicación de barnices y/o sellantes							
		Tto. Recuperativo (obturac.y/o exodonc.)							
9	Visita Familiar Integral								
10	Atención de patologías prevalentes								
11	Sesiones educativas								
12	Sesiones demostrativas								
13	Otros								



Establecimiento de Salud:	N° de Historia Clínica
	Cod. Afiliación SIS u otro Seguro

DATOS GENERALES

Apellidos	Nombres	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
		F Nac:	
Lugar de Nacimiento:	Domicilio/Referencia	CUI/DNI	G.S. Rh
Grado de Instrucción	Centro Educativo	Teléfono Domicilio	
Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor	Edad	Identificación (DNI)	Cod. Afiliación: SIS () Otro ()
Grado de Instrucción	Ocupación	Estado Civil	Religión
Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor	Edad	Identificación (DNI)	Cod. Afiliación: SIS () Otro ()
Grado de Instrucción	Ocupación	Estado Civil	Religión

I. Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales:

1.1 Embarazo Normal Complicado

Patología(s) durante la gestación:

N° de embarazo

Atención Prenatal: Si No N° APN

Lugar de APN

1.2 Parto:

Parto Eutócico Complicado

Complicaciones del parto

1.3 Nacimiento

Edad Gest. al nacer (sem):

Peso al nacer (gr):

Talla al nacer (cm)

Perímetro cefálico

Perímetro Torácico

Respiración y llanto al nacer:

Inmediato Si No

APGAR 1 min 5 m

Reanimación Si No

Patología Neonatal Si No

Especifique:

3. Patológicos

TBC	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
SOBA / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones sang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros antec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Antecedentes Familiares

	Quién	Si	No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH-SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepat.B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre(P), Madre(M), Hno(H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a(A), Otro(O)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Vivienda/Saneamiento Básico

Agua potable Si No Especificar:

Desague Si No Especificar:

Lugar del parto

EESS Domicilio Consult.Partic.

Atendido por:

Profesional de Salud Técnico

ACS Familiar

Otro (especificar)

Inmunizaciones	BCG	HVB	APO			Pentavalente			Rotavirus		Neumococo			Influenza		SPR		AMA	DPT		
			1°	2°	3°	1°	2°	3	1°	2°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	R		1° R	2° R	
Control de crecimiento y desarrollo	RN		Menor de 01 año											1 año				2 años			
	1°	2°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°
	3°	4°	3 años	1°	2°	3°	4°	4 años	1°	2°	3°	4°	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años				
Tamizaje		<1a	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a										
Neonatal: THS y otros																					
Descarte de anemia	Dosaje de Hb o Hto																				
Descarte de parasitosis	Examen seriado																				
	Test de Graham																				

APELLIDOS Y NOMBRES	N° HCL
---------------------	--------

CONSULTA									
Fecha		Hora:			Edad:				
Descarte de signos de peligro (marcar los hallazgos)									
MENOR DE 2 MESES :		DE 2 MESES A 4 AÑOS :			PARA TODAS LAS EDADES :			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO	
No quiere mamar ni succiona Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Fiebre o temperatura baja Rigidez de nuca Pústulas muchas y extensas Letárgico o comatoso		No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo Estridor en reposo / tiraje subcostal			Emaciación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso			<input type="checkbox"/> Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique _____	
					No presenta signos <input type="checkbox"/>				
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad:									
Forma de Inicio:									
Curso:									
Examen físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Condición del Desarrollo Psicomotor	
	1.				Crecimiento adecuado			Riesgo para el desarrollo	
	2.				Crecimiento inadecuado			Desarrollo normal	
	3.				Riesgo Nutricional			Deficit del desarrollo según PB	
4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Ganancia inadecuada de peso o talla			P/E	T/E	P/T
1.				Desnutrición					
2.				Sobrepeso					
3.				Obesidad					
Tratamiento				Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño					
Exámenes Auxiliares				Referencia (lugar y motivo)					
Proxima cita:				Atendido por:					
Observación:				Firma y Sello			Colegio profesional DNI		

CONSULTA									
Fecha		Hora:			Edad:				
Descarte de signos de peligro (marcar los hallazgos)									
MENOR DE 2 MESES :		DE 2 MESES A 4 AÑOS :			PARA TODAS LAS EDADES :			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO	
No quiere mamar ni succiona Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Fiebre o temperatura baja Rigidez de nuca Pústulas muchas y extensas Letárgico o comatoso		No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo Estridor en reposo / tiraje subcostal			Emaciación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso			<input type="checkbox"/> Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique _____	
					No presenta signos <input type="checkbox"/>				
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad:									
Forma de Inicio:									
Curso:									
Examen físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Condición del Desarrollo Psicomotor	
	1.				Crecimiento adecuado			Riesgo para el desarrollo	
	2.				Crecimiento inadecuado			Desarrollo normal	
	3.				Riesgo Nutricional			Deficit del desarrollo según PB	
4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Ganancia inadecuada de peso o talla			P/E	T/E	P/T
1.				Desnutrición					
2.				Sobrepeso					
3.				Obesidad					
Tratamiento				Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño					
Exámenes Auxiliares				Referencia (lugar y motivo)					
Proxima cita:				Atendido por:					
Observación:				Firma y Sello			Colegio profesional DNI		
APELLIDOS Y NOMBRE:									
N° DE HISTORIA CLÍNICA									

Anexo N° 3: Registro de Seguimiento de la Atención Integral

N° HC	INMUNIZACIONES																						
	PLAN AIS		BCG	HVB	ANTIPOLIO	PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO	INFLUENZA	ROTAVIRUS	SPR	AMA	DPT	OTROS										
CUI/DNI	Elab.	Ejec.	RN	RN	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1° Ref	2° Ref										
COD. AFIL.SIS																							
	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO																						
	RECEN NACIDO		MENOR DE 01 AÑO			01 AÑO			2 AÑOS														
FNAC.	1°	2°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°
MADRE	ESTIMULACION TEMPRANA																						
PADRE	MENOR DE 01 AÑO		01 AÑO			2 AÑOS			3 AÑOS			4 AÑOS			5 A 11 AÑOS								
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5A	6A			
DIRECCION Y REFERENCIA	SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES Hierro , Vit 'A', Zinc y otros																						
	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE																				
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	5°	6°											
PROGRAMA SOCIAL	DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES																						
TIPO DE RIESGO	Tamizaje Neonatal		Anemia			Parasitosis																	
	TSH	FC	FQ	HSR	Dosaje de hemoglobina			Examen Seriado de Heces Test de Graham															
	1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	5°													
N° HC	INMUNIZACIONES																						
CUI/DNI	PLAN AIS		BCG	HVB	ANTIPOLIO	PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO	INFLUENZA	ROTAVIRUS	SPR	AMA	DPT	OTROS										
COD. AFIL.SIS	Elab.	Ejec.	RN	RN	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1° Ref	2° Ref										
	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO																						
	RECEN NACIDO		MENOR DE 01 AÑO			01 AÑO			2 AÑOS														
FNAC.	1°	2°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°
MADRE	ESTIMULACION TEMPRANA																						
PADRE	MENOR DE 01 AÑO		01 AÑO			2 AÑOS			3 AÑOS			4 AÑOS			5 A 11 AÑOS								
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5A	6A			
DIRECCION Y REFERENCIA	SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES Hierro , Vit 'A', Zinc y otros																						
	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE																				
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	5°	6°											
PROGRAMA SOCIAL	DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES																						
TIPO DE RIESGO	Tamizaje Neonatal		Anemia			Parasitosis																	
	TSH	FC	FQ	HSR	Dosaje de hemoglobina			Examen Seriado de Heces Test de Graham															
	1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°				

Anexo N° 4

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD INDIVIDUALIZADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

OBJETIVO

Brindar las pautas necesarias para la elaboración del Plan de Atención Integral.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

a. Definición:

El Plan de Atención Integral es un instrumento en el que se detallan las atenciones de salud requeridas para la satisfacción de las necesidades de salud de la niñas y niños menores de 5 años; este instrumento permite brindar las atenciones de salud en forma racional, continua y sistemática de acuerdo a la cartera de servicios de la red de salud correspondiente.

b. Proceso:

El proceso de elaboración del plan de atención integral de salud se inicia con la evaluación integral de las niñas y niños menores de 5 años, esta fase consiste en la recolección y organización de datos relacionados a la niña, el niño, su familia y su entorno, para lo cual el prestador de salud utiliza estrategias e instrumentos como la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, entre otros, a fin de obtener la información adecuada o que le permita determinar los riesgos, problemas y necesidades de salud. Esta información es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

En la segunda fase del proceso se determina el estado de salud actual de la niña y del niño, sus necesidades de salud, así como las de su familia y entorno.

En la tercera fase, de acuerdo a la cartera de servicios de la red de salud correspondiente y el paquete de atención por etapas de vida, se programa la provisión de atenciones de salud para un periodo de 01 año, a fin de satisfacer las necesidades de salud, minimizar los riesgos y resolver los problemas de salud de la niña, el niño, su familia y su entorno.

A fin de garantizar la continuidad en la provisión de las atenciones de salud y fomentar la corresponsabilidad, es necesario definir de mutuo acuerdo entre la madre, padre o el adulto responsable del cuidado del niño, las fechas de entrega de estas atenciones.

La cuarta fase corresponde a la ejecución o puesta en práctica de los cuidados programados. La entrega de las prestaciones de salud estará orientada por las guías de práctica clínica y la norma técnica de atención integral de salud de las niñas y niños menores de 5 años vigente.

Finalmente se evalúa el plan para determinar si se han cumplido con las actividades y/o acciones programadas y se logró el impacto deseado en la salud de la niña o el niño; de acuerdo a los resultados se debe reiniciar el proceso.

Instrumento a utilizar: Formato de Plan de Atención de la Historia Clínica - página N° 1.

Registro: El registro de la elaboración y ejecución del plan de atención integral de salud como actividad deberá hacerse en el formato HIS.

Plan de atención elaborado.- Se registra en el momento en que se define con la madre o adulto responsable del cuidado de la niña o niño el conjunto de prestaciones que recibirá la niña o niño en un periodo determinado de acuerdo a la edad.

DIA	Nº de HC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	COND. ESTAB.	COND. DE SERV.	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓD.
10	15257	LIMA	1	M	X	X	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	P D R	1	Z001
		150101		M	C	C	PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	P D R	1	Z01.9
				X	R	R		P D R		

Plan de atención ejecutado.- Se registra en el momento en que la niñas y niños menores de 5 años han recibido el 100% de las prestaciones definidas en su plan de atención.

DIA	Nº de HC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	COND. ESTAB.	COND. DE SERV.	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓD.
10	15257	LIMA	11	M	N	N	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	P D R	11	Z001
		150101		M	X	X	PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	P D R	TA	Z01.9
				X	R	R		P D R		

c. Llenado del formato del plan de atención.

Para el registro de las actividades, fechas y otros, se sugiere usar lápiz para lo programado y lapicero para lo ejecutado.

Se recomienda tener un duplicado del plan de atención en cartulina, el mismo que podrá estar archivado por separado de manera que facilite la utilización del citado instrumento para el seguimiento del plan y la programación de citas.

En la primera parte consignar en forma clara los datos de identificación de la niña y del niño. Ejemplo:

				1
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD				
N° de Historia Clínica	15257	Código Afiliación SIS u otro Seguro:	LM5-07-1195	
Apellidos	PEREZ ESPINOZA	CUI/DNI	1254789	
Nombres	JUAN ALBERTO	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F. de Nac.
Dirección /Referencia		Jr. Julio C. Tello N° 115 - Chuquito - sector 6		
Madre, Padre o adulto responsable del cuidado del niño		Edad	DNI	
MARIA ESPINOZA BENDEZU		25	19930740	

En la segunda parte, problemas y necesidades de salud, consignar información relevante sobre factores de riesgo tanto para el crecimiento y desarrollo, situación de salud de la niña o el niño (diagnósticos, clasificación, etc.) u otro dato que el prestador considere relevante, de modo que facilite la priorización y focalización de la atención y asegurar el seguimiento.

Los problemas y necesidades son situaciones temporales que deben ser solucionadas a través de la provisión de cuidados esenciales tanto a cargo de los establecimientos de salud (atenciones de salud), familia y comunidad (autocuidado y atenciones ofrecidas por padres y otros miembros de la comunidad).

Ejemplo:

Problemas y Necesidades	<i>MADRE ADOLESCENTE O APGAR 5' <7 O RN BAJO PESO O PREMATURO</i>
	<i>03/01/07 NEUMONIA - RIESGO NUTRICIONAL</i>

En la tercera parte se encuentra el **listado de atenciones de salud** contenidas en el paquete de atención integral de salud del niño definida por el Ministerio de Salud.

En los espacios correspondientes a fechas se deberá consignar las fechas de ejecución o fechas previstas para la ejecución de las actividades, las mismas que deberán ser definidas de mutuo acuerdo, (usar lápiz para los programados y lapicero para las ejecutadas).

1. Control de crecimiento y desarrollo

Ejemplo:

N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha						
1	Atencion del recién nacido	1° C 07/07/07	2° C 16/07/07						
2	Control de Crecimiento y desarrollo del niño.	1° C 30/07/07	2° C 28/08/07	3° C 29/09/07	4° C 31/10/07	5° C 30/11/07	6° C 28/12/07	7° C 30/07/07	

Para el monitoreo del cumplimiento del plan de atención es necesario implementar un sistema de calendarización de las citas.

Anexo N° 5

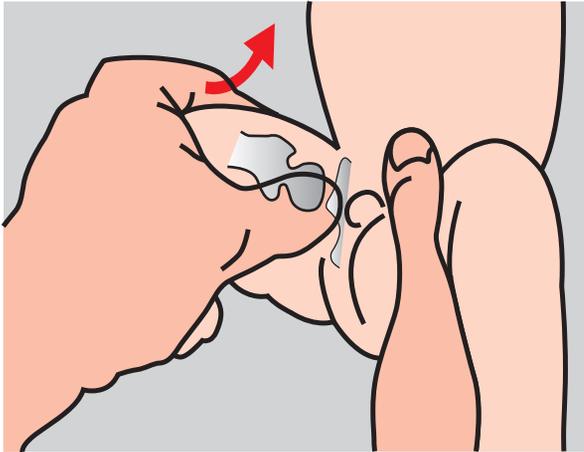
GUÍA PARA EL EXAMEN FÍSICO DE LA NIÑA Y NIÑO

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
GENERAL	Observar estado general, malformaciones, coloración y turgencia de la piel, estado de higiene, etc.
CABEZA	Palpar las suturas y fontanelas. Si las fontanelas están prematuramente cerradas pensar en: microcefalia, craneosinostosis, hipertiroidismo, derivar al especialista y realizar seguimiento. Verificar si las fontanelas están abombadas, para identificar hipertensión endocraneana, meningitis. Si la fontanela está más amplia de lo normal puede deberse a: Hidrocefalia, hipotiroidismo, prematuridad, malnutrición. Podemos encontrar suturas cabalgadas lo que requiere observación y seguimiento. Cualquier condición anormal referir para evaluación y tratamiento al nivel correspondiente.
CABELLOS	Verificar implantación, distribución, textura (quebradizo), color, ver si hay infecciones en cuero cabelludo, pediculosis e higiene. Según corresponda dar indicaciones o referir para evaluación o tratamiento al nivel correspondiente.
CARA	<p>FACIES: Observar la forma, simetría de movimientos (descartar parálisis facial), edema o aumento.</p> <p>OREJA: Observar anomalías externas en pabellón auricular o ausencia de las mismas, implantación baja de las orejas, secreciones, higiene. Si hay otoscopio evaluar el tímpano: color, brillo, dolor o presencia de secreciones.</p> <p>OJOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Párpados: observar hinchazón, cambios de color. - Conjuntivas: color, palidez, secreción. - Esclerótica: ictericia, cambio de color. - Pupilas: acomodación y tamaño. - Movimientos oculares: completos y <i>simétricos</i>. - Globos oculares: Si hay protrusión o si éstos son pequeños. - Estrabismo (debe hacerse el diagnóstico a los 6 meses de edad) derivar para evaluación por médico oftalmólogo. <p>NARIZ</p> <p>Observar si las fosas nasales están permeables. Evaluar deformidades o desviación del tabique. Observar si el niño respira bien por la nariz estando con la boca cerrada. Si hay presencia de congestión nasal y secreción sanguinolenta investigar</p> <p>BOCA</p> <p>Observar simetría, mucosa, encías, frenillo sublingual, piezas dentarias. Malformaciones como fisura palatina anterior y posterior, derivar al médico o especialista en cirugía plástica. Mala oclusión, higiene (presencia de caries). Derivar a odontología. Inspeccionar: labios encías, lengua, amígdalas, faringe, estado de higiene. Descartar: Inflamaciones, hemangioma o parálisis. Dentición: Erupción y caída de la primera dentición.</p>
CUELLO	Explorar simetría, flexibilidad, presencia de dolor, tumoraciones, aumento de volumen de los ganglios. Evaluar glándula tiroidea, buscando bocio congénito, nódulos o tumoraciones. Según corresponda referir para evaluación o tratamiento al nivel correspondiente.
TÓRAX	Observar asimetrías, movimientos respiratorios, tiraje. Agrandamiento de la glándula mamaria o presencia de secreción láctea (es normal sólo en recién nacidos) Auscultar para detectar ruidos anormales cardiacos y/o respiratorios, soplos. Realizar referencia a la especialidad respectiva. En caso de Cardiopatía se puede presentar cianosis, taquicardia, lactancia materna entrecortada, sudoración excesiva durante la lactancia. Referir a Cardiología.
ABDOMEN	Observar distensión abdominal, circulación venosa colateral, ombligo de acuerdo a la edad (cuidado e higiene) Palpar determinando si hay crecimiento del hígado, bazo y tumoraciones. Presencia de hernias umbilicales, inguinales. Referir al especialista en cirugía pediátrica <u>una vez confirmado el diagnóstico.</u>
COLUMNA VERTEBRAL	Observar asimetrías, rigidez y postura estando el niño sentado, de pie y acostado, verificando si hay desviaciones de la curvatura normal de la columna: lordosis, escoliosis y cifosis . El manejo se realizará de acuerdo a las guías de práctica clínica vigente. En el recién nacido evaluar presencia de espina bífida que se puede manifestar por: presencia de bulto grasoso, mancha rojiza, zona de pelos largos anormales u orificio cutáneo en cualquier zona desde el cuello a la región sacro coxígea. Derivar al médico o especialista en Neurocirugía.

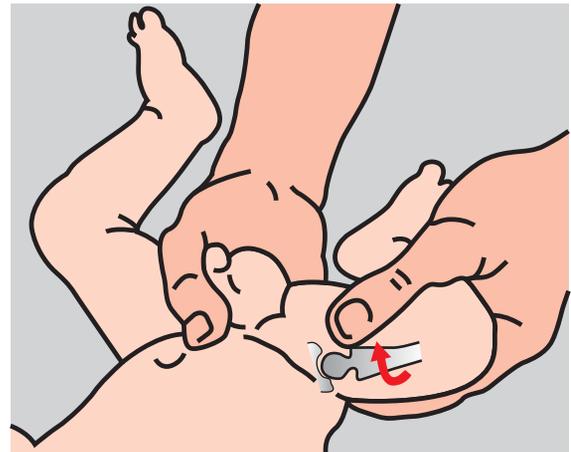
EXTREMI- DADES	<p>Observar simetría, deformidades y acortamientos.</p> <p>Descarte de Displasia de Cadera: Recién nacidos, valorar el signo de Barlow. (anexo adjunto) En lactantes, valorar el signo de Ortolani (anexo adjunto) Otros hallazgos pueden ser acortamiento de uno de los miembros; limitación en la abducción, en el lado afectado y asimetría de pliegues. En niños de 1 año 6 meses observar piernas arqueadas y dificultad en la marcha. A partir de los 2 años además, examinar el arco plantar para diagnosticar pie plano. En todos estos casos derivar al médico o especialista en Traumatología, para su manejo de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.</p>
GENITOU- RINARIO	<p>Observar el tamaño y forma de los genitales externos, higiene, presencia de inflamación, dolor o secreciones.</p> <p>En niñas, observar, labios mayores, menores, clítoris, himen. Detectar sinequia de labios (labios menores unidos y no se observa himen).</p> <p>En niños, determinar el tamaño, ubicación, palpación de los testículos a fin de descartar criptorquidia, hidrocele y observar prepucio para descartar fimosis, hipospadia, epispadia. En el pene determinar tamaño, presencia de fimosis y/ o adherencias del prepucio, inflamación y dolor.</p> <p>Criptorquidia: <u>Solo esperar hasta el año de edad</u>, de persistir derivar. Hidrocele: <u>No derivar antes del año</u>, pero en caso que sea tenso y gigante, derivarlo inmediatamente, al médico o especialista en Urología. Fimosis: Referir <u>a partir de los tres años</u>. Epispadias o Hipospadia: Referir inmediatamente. En todos estos casos referir al médico, especialista en urología o cirugía pediátrica según corresponda y de acuerdo a los tiempos establecidos.</p>
ANO	<p>En recién nacidos verificar características y permeabilidad. Observar fisuras, fistulas perianales, malformaciones ano rectales. En caso de fístulas perianales o malformaciones ano rectales, referir inmediatamente al servicio de Cirugía Pediátrica. Preguntar por las características de las deposiciones a fin de identificar alteraciones (diarrea, estreñimiento, etc.) y dar indicaciones o referir para tratamiento.</p>
PIELY ANEXOS	<p>Observar color (cianosis, ictericia, palidez), hemangioma, erupciones, presencia de edema, estado de higiene. Coloración verdosa en zona sacro coccígea, las llamadas Manchas Mongólicas, son normales y desaparecen a los dos años de edad.</p> <p>Dermatitis, observar maceración de la piel por contacto prolongado con pañal mojado. Según corresponda dar indicaciones o referir para evaluación o tratamiento.</p>
EXAMEN NEUROLÓGICO	<p>*Observar el comportamiento general, capacidad de comprender y comunicar, según edad. * Evaluar calidad del sueño, si se despierta fácilmente, o duerme por periodos cortos. * Tener en cuenta el llanto y la irritabilidad continua y persistente * Evaluar pares craneales. * Evaluar reflejos primarios: - Extensión cruzada desde el nacimiento hasta los 02 meses. - Moro desde el nacimiento hasta los 04 meses. - Presión palmar desde el nacimiento hasta los 04 meses. - Reflejo de marcha desde el nacimiento hasta los 03 meses. - Defensas laterales, desde los 04 meses. - Landau desde los 4-6 meses hasta los 30 meses * Tono muscular: Definido como la capacidad de tensión que tienen los músculos al realizar un movimiento. Se evalúa realizando una extensión y flexión tanto de los miembros superior e inferior de manera individual, esta acción deberá ser realizada con mucha suavidad, de tal forma que se pueda evaluar la capacidad de resistencia que ofrezca cada área evaluada. Considerar que en el Recién Nacido se encuentra resistencia y que tanto miembros superiores como inferiores están flexionados, pero a medida que pasan los meses el niño presenta una gran flexibilidad. Si se observa rigidez (Hipertonía) o de lo contrario flacidez (Hipotonía) en la niña o niño, se solicitará de inmediato la evaluación por un especialista. * Posturas: Definida como la posición que presenta el cuerpo de la niña o niño cuando se le coloca en una superficie. Observar la simetría y armonía de la postura que adopta la niña o niño de acuerdo a la edad: Control de la cabeza: 4 meses Control de tronco: 7 meses Pinza: 8 meses. Marcha: 1 año se puede esperar hasta el año y medio. Según corresponda dar indicaciones o referir para evaluación o tratamiento al nivel correspondiente.</p>

VALORACIÓN DE SIGNOS DE DISPLASIA DE CADERA

SIGNO DE BARLOW

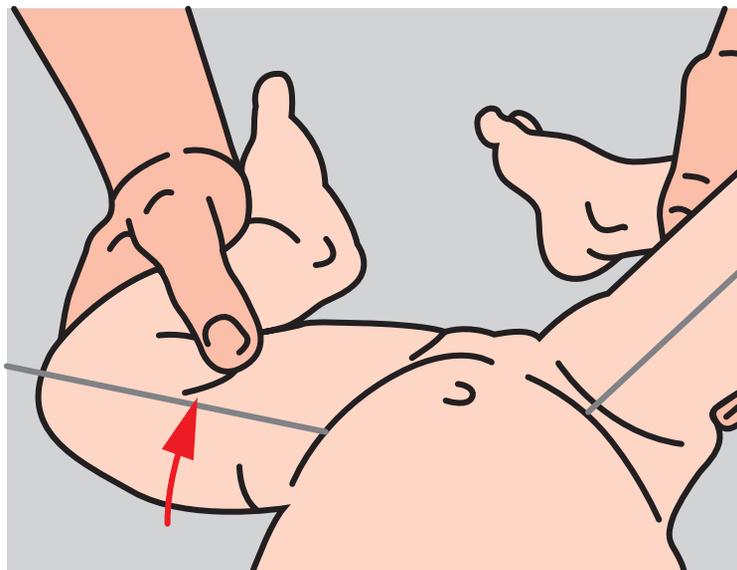


El profesional sujeta con una mano una cadera, mientras que con la otra intenta la maniobra



Se lleva la primera pierna hacia arriba y hacia afuera esperando el resaca o clic.

SIGNO DE ORTOLANI



Se sujetan las dos piernas por debajo, con el fin de verificar si hay o no limitación de la apertura.

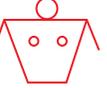
GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PARES CRANEALES

PAR CRANEANO	PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN
Olfatorio (I)	Se valora utilizando sustancias de olores conocidos (clavo de olor, café, perfume, etc.), evaluar cada fosa nasal por separado (solicitar que el niño o niña mantenga la boca y ojos cerrados). En el recién nacido se explora poco por lo difícil de obtener una respuesta.
Óptico (II)	La visión se valora con las respuestas de parpadeo a la luz intensa. Se puede buscar el seguimiento ocular cuando se pasa por el frente un objeto luminoso y de forma circular.
Oculomotores (III-IV-VI)	Valorar pupilas y observar presencia de anisocoria, miosis o midriasis. Los movimientos oculares se valoran con rotación de la cabeza y búsqueda de ojos de muñeca, teniendo en cuenta que la mirada lateral está presente desde el nacimiento y la mirada vertical y movimientos conjugados se presentan a partir del tercer mes.
Trigémino (V)	Se valora buscando la succión, aunque también intervienen otros pares. Se busca la sensibilidad de la cara con un estímulo táctil, observando la retirada del estímulo. Al examinar el reflejo corneano se observa la simetría en la respuesta.
Facial (VII)	Observe simetría de la cara, durante movimientos espontáneos y provocados (llanto).
Auditivo (VIII)	Explore haciendo un ruido que lleve a obtener una respuesta de parpadeo o un reflejo de Moro. La rama vestibular se explora tomando al niño por el tronco y en posición vertical, se le hace girar hacia un lado y luego hacia el otro y se observa la respuesta de desviación ocular al lado opuesto que gira.
Glossofaríngeo y Neumogástrico (IX-X)	Se valora junto con otros pares: movimientos de succión, deglución, reflejo nauseoso e intensidad del llanto.
Espinal (XI)	Se valora observando movimientos de la cabeza, principalmente los movimientos laterales, con visualización y palpación del esternocleidomastoideo.
Hipogloso (XII)	Observe movimientos de la lengua y simetría

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS REFLEJOS PRIMARIOS EN EL RECIÉN NACIDO

REFLEJOS	IMPORTANCIA	EDAD DE INICIO	EDAD DE DES-APARICIÓN	PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN
Succión	Es importante para la adecuada alimentación del bebé.	Recién nacido		Se introduce el dedo meñique entre los labios del niño, éste inicia el chupeteo con fuerza, succionando un mínimo de 5 a 6 veces con energía de forma continua y sin fatiga
Moro	Este reflejo es importante porque nos da a conocer que el niño responde a los sonidos, y va a tener que ver en el futuro el equilibrio.	Recién Nacido	4 meses	Se puede provocar, haciendo un ruido con las manos golpeando la mesa de examen clínico, hacia los lados del bebé el que reaccionara con un sobresalto como si se "asustara"; veremos una reacción de todo su cuerpo, extendiendo brazos y piernas.
Presión Palmar	Este reflejo representa la futura prensión de la mano del niño.	Recién Nacido	4 meses	Colocar el dedo índice en la palma de la mano del niño y hacer una ligera presión. La respuesta es la flexión de los dedos del niño, como si agarrara su dedo.
Presión Plantar	Este reflejo representa la futura marcha adecuada en el niño.	Recién Nacido	9 meses	Presionar con el dedo la zona de la planta del pie (inmediatamente por debajo de los dedos del pie del bebé) La respuesta es la flexión de los dedos del pie del bebé.

TEST DE CAPURRO

FORMA DE LA OREJA	Chata-deforme Pabellón no incurvado  0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior  8	Pabellón incurvado en el borde superior  16	Pabellón totalmente incurvado  24	
TAMAÑO DE LA GLÁNDULA MAMARIA	No palpable  0	Palpable Menor de 5mm  5	Palpable entre 5 y 10 mm  10	Palpable Mayor de 10 mm  15	
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Apenas visible sin areola  0	Diámetro menor de 7.5mm Areola lisa y chata  5	Diámetro mayor de 7.5mm Areola punteada Borde no levantado  10	Diámetro mayor de 7.5mm Areola punteada Borde levantado  15	
TEXTURA DE PIEL	Muy fina Gelatinosa  0	Fina Lisa  5	Más gruesa Descamación superficial discreta  10	Gruesa Grietas superficiales Descamación en manos y pies  15	Gruesa Grietas profundas apergamizadas  20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues  0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior  5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior Surcos en el 1/3 anterior  10	Surcos en la 1/2 anterior  15	Surcos en más de la 1/2 anterior  20

LA EDAD GESTACIONAL SE CALCULA SUMANDO TODOS LOS PUNTAJES PARCIALES
+204/7. TIENE UN ERROR DE ± 9 DIAS

Puntaje	Edad Gestacional
0 - 0	29 semanas
5 - 5	30 semanas
10 - 16	31 semanas
18 - 23	32 semanas
24 - 30	33 semanas
31 - 36	34 semanas
38 - 44	35 semanas
45 - 51	36 semanas

Puntaje	Edad Gestacional
53 - 58	37 semanas
59 - 65	38 semanas
66 - 71	39 semanas
73 - 79	40 semanas
84 - 86	41 semanas
89 - 89	42 semanas
94 - 94	43 semanas

TABLA DE PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DE RECIÉN NACIDOS

SEMANA	NIÑOS			NIÑAS		
	PERCENTILES			PERCENTILES		
	10	50	90	10	50	90
22	326	530	736	314	496	755
23	376	609	852	354	596	869
24	433	699	982	400	651	996
25	499	800	1127	454	745	1136
26	574	913	1288	518	850	1290
27	662	1041	1466	591	969	1460
28	762	1184	1661	678	1102	1645
29	878	1343	1873	780	1252	1845
30	1007	1537	2159	902	1430	2113
31	1159	1752	2439	1041	1637	2364
32	1348	1979	2727	1219	1861	2619
33	1561	2220	2972	1436	2090	2847
34	1787	2459	3205	1668	2339	3058
35	2030	2694	3415	1918	2562	3250
36	2278	2910	3591	2169	2788	3450
37	2499	3112	3765	2410	2992	3646
38	2696	3292	3931	2587	3161	3802
39	2849	3434	4064	2730	3294	3923
40	2944	3534	4154	2817	3389	4005
41	3018	3598	4214	2873	3450	4040
42	3086	3665	4276	2936	3513	4094
43	3120	3703	4315	2967	3548	4126
44	3120	3712	4330	2966	3554	4136
45	3085	3691	4321	2866	3479	4093
46	3016	3641	4288	2771	3400	4040
47	2916	3563	4231	2650	3295	3966
48	2789	3459	4152	2650	3295	3966

FUENTE: Obstetrics & Gynecology Vol. 59(5): 624; 1982

Anexo N° 6

PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES VISUALES

PRUEBA O MÉTODO	APLICACIÓN	INDICACIÓN PARA REFERENCIA A ESPECIALISTA	EDAD PREVISTA PARA APLICACIÓN DE LA PRUEBA
Inspección	Observación de los ojos del niño a simple vista con la ayuda de una linterna, tomando en cuenta características tales como simetría de la cabeza, posición inclinada o girada de la cabeza, posición y forma de las orejas, ptosis palpebral, anomalías en forma de la hendidura palpebral, y cualquier alteración respecto del aspecto normal del globo ocular (anomalía estructural), opacidades del cristalino.	Anomalía estructural	Recién nacido a tres meses
Fijación y seguimiento	El reflejo de fijación está desarrollado hacia los dos meses de edad. Utilizando un objeto pequeño se evalúa la capacidad para realizar fijación del objeto, se evalúa si la fijación es central, y se evalúa si es capaz de realizar un adecuado seguimiento del objeto (30 centímetros de distancia), esta prueba se realiza primero evaluando ambos ojos por separado, ocluyendo un ojo para evaluar el otro, y posteriormente se evalúan ambos ojos al tiempo, principalmente en los niños o niñas que presentan estrabismo, para evaluar si el paciente tiene un ojo preferido para la fijación.	Falla de fijación y seguimiento	Tres a seis meses
Reflejo corneal (test de Hirschberg)	Se realiza con una linterna situada a 30 cm del puente nasal observando si el reflejo luminoso es simétrico en ambos ojos (mirar los puntitos de luz en la córnea y ver dónde caen con respecto al iris)	Asimétrico	Seis meses a doce meses
Reflejo corneal o cover-Uncover	Lograr que el niño fije la mirada en una imagen y cubrir uno de los ojos (uno a dos segundos) con un trozo de cartulina blanca, y observar si el otro permanece quieto o si realiza movimiento de refijación. Repetir la prueba con el otro ojo. Si se evidencia algún movimiento de refijación es indicador de estrabismo. Referir al oftalmólogo.	Reflejo corneal asimétrico o movimientos de refijación al cover –uncover	Doce meses a tres años
Tabla de Agudeza Visual de Snellen	Utilizar Tabla de Snellen apropiada para la edad (signos alfabéticos o direccionales). Realizar el examen en un espacio bien iluminado y a una distancia de 6 metros entre el niño y la Tabla de Snellen. Evaluación individual de cada uno de los ojos, tapando el ojo no examinado, sin cerrarlo, ni ejercer presión sobre el mismo. No debe saltarse ninguna línea. Se toma como agudeza visual el valor al lado de la última línea que el niño contestó correctamente. En los niños que ya usan lentes evaluarlos con lentes puestos	Niños que vean menos de 20/40 con cualquier ojo o con una diferencia de más de dos líneas entre los dos ojos, en dos evaluaciones repetidas.	Tres a cinco años

Anexo N° 7

FICHA DE TAMIZAJE VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a la preguntas:

Pregunte:

Al adulto (a)

¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

Si

No

¿Quién? _____

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

¿Su hijo es muy desobediente?
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Si

No

Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:

Físico

Hematomas, contusiones inexplicables

Cicatrices, quemaduras

Fracturas inexplicables.

Marcas de mordeduras

Lesiones de perineo, vulva, recto etc.

Laceraciones en boca mejillas, ojos etc.

Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño)

Problemas con el apetito

Enuresis (niños)

Psicológico

Extrema falta de confianza en si mismo

Tristeza depresión o angustia.

Retraimiento

Llanto frecuente

Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.

Demanda excesiva de atención

Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños.

Tartamudeo

Temor a los padres o de llegar al hogar.

Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.

Ausentismo escolar.

Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.

Bajo rendimiento académico.

Aislamiento de personas.

Intento de suicidio

Sexuales

Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).

Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.

Enfermedad de transmisión sexual.

Negligencia

Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.

No vacunas o atención de salud.

Accidentes o enfermedades muy frecuentes.

Descuido en higiene o aliño.

Falta de estimulación del desarrollo

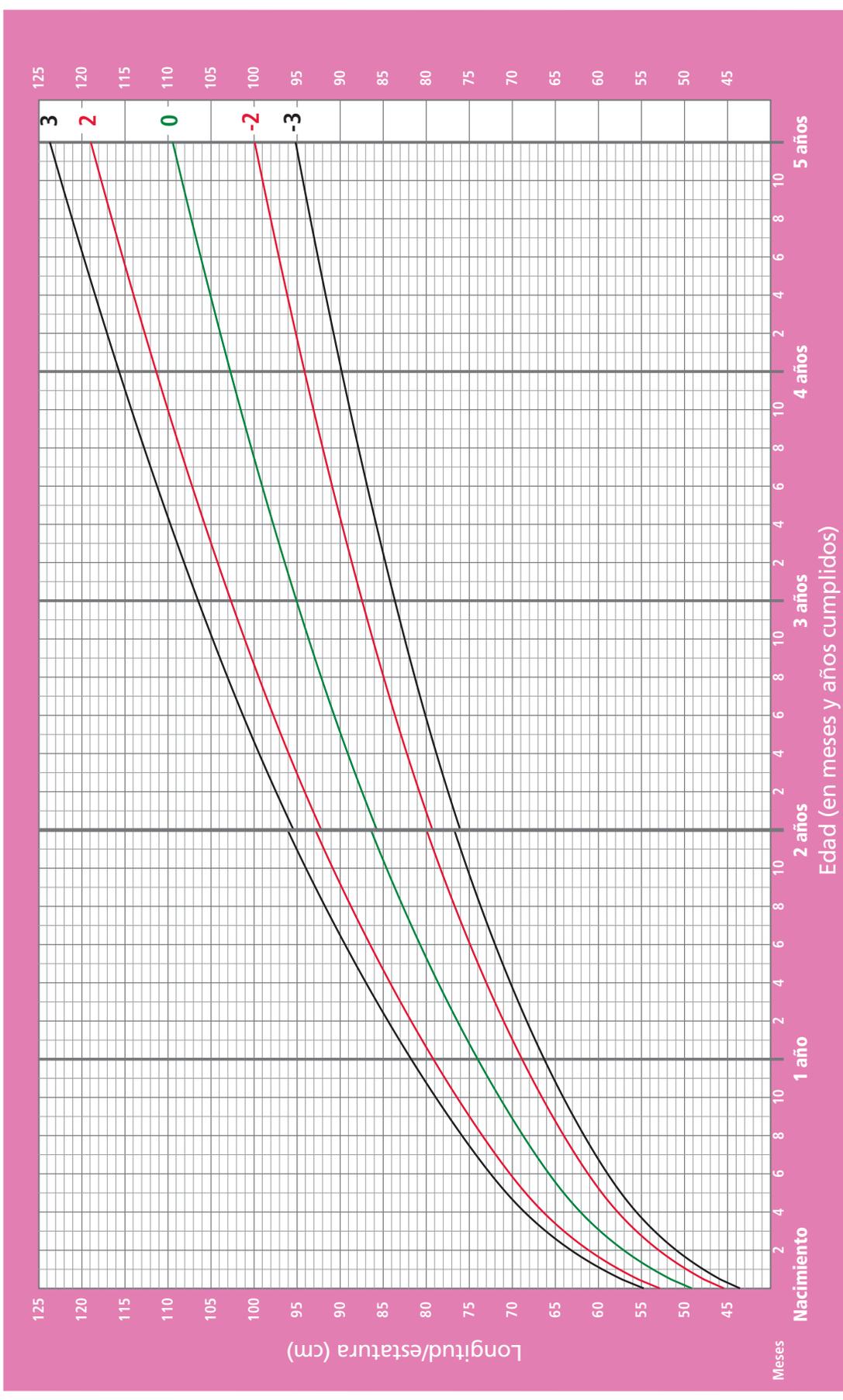
fatiga, sueño, hambre

Anexo N° 8

CURVAS DE CRECIMIENTO

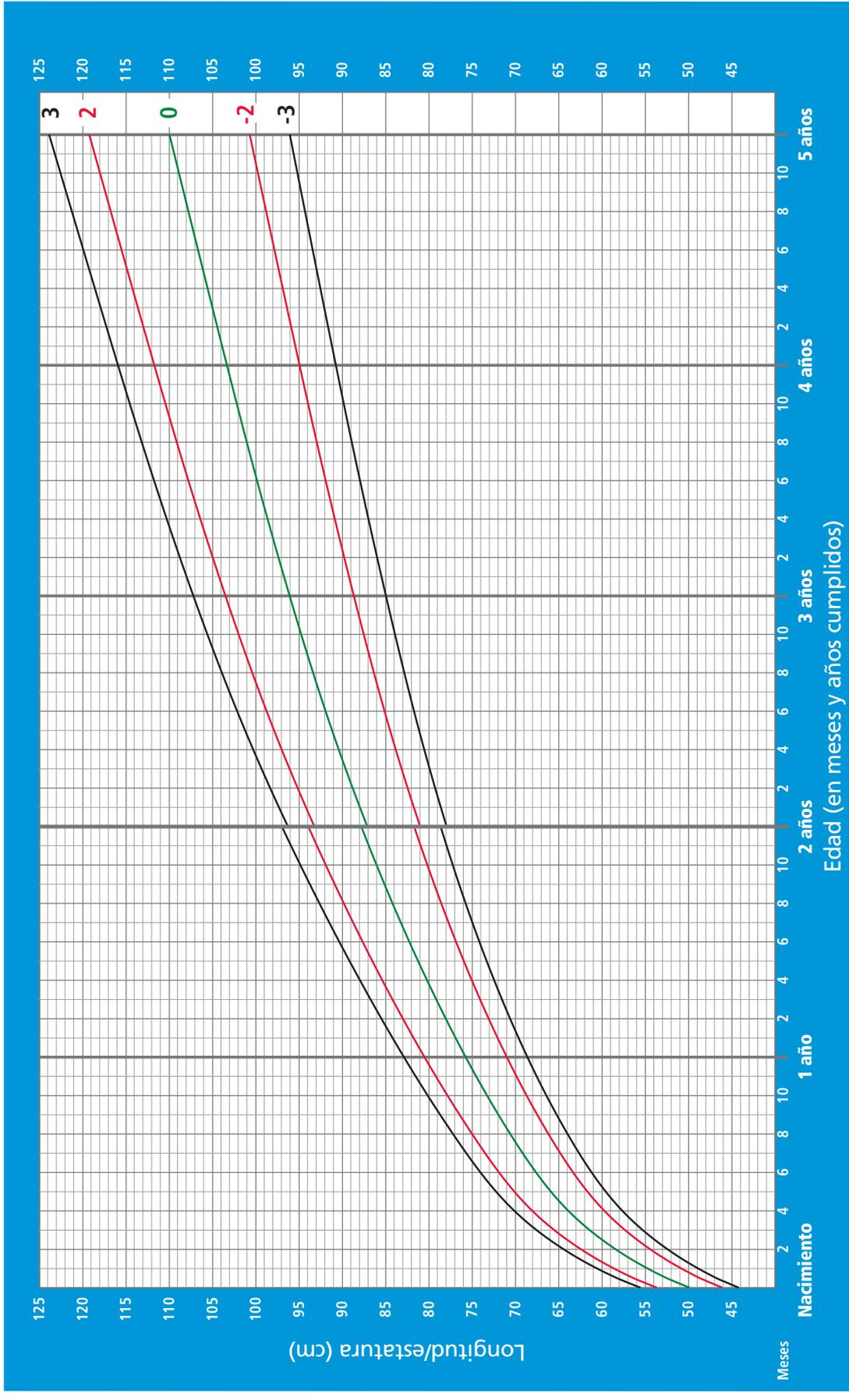
Longitud/estatura para las Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



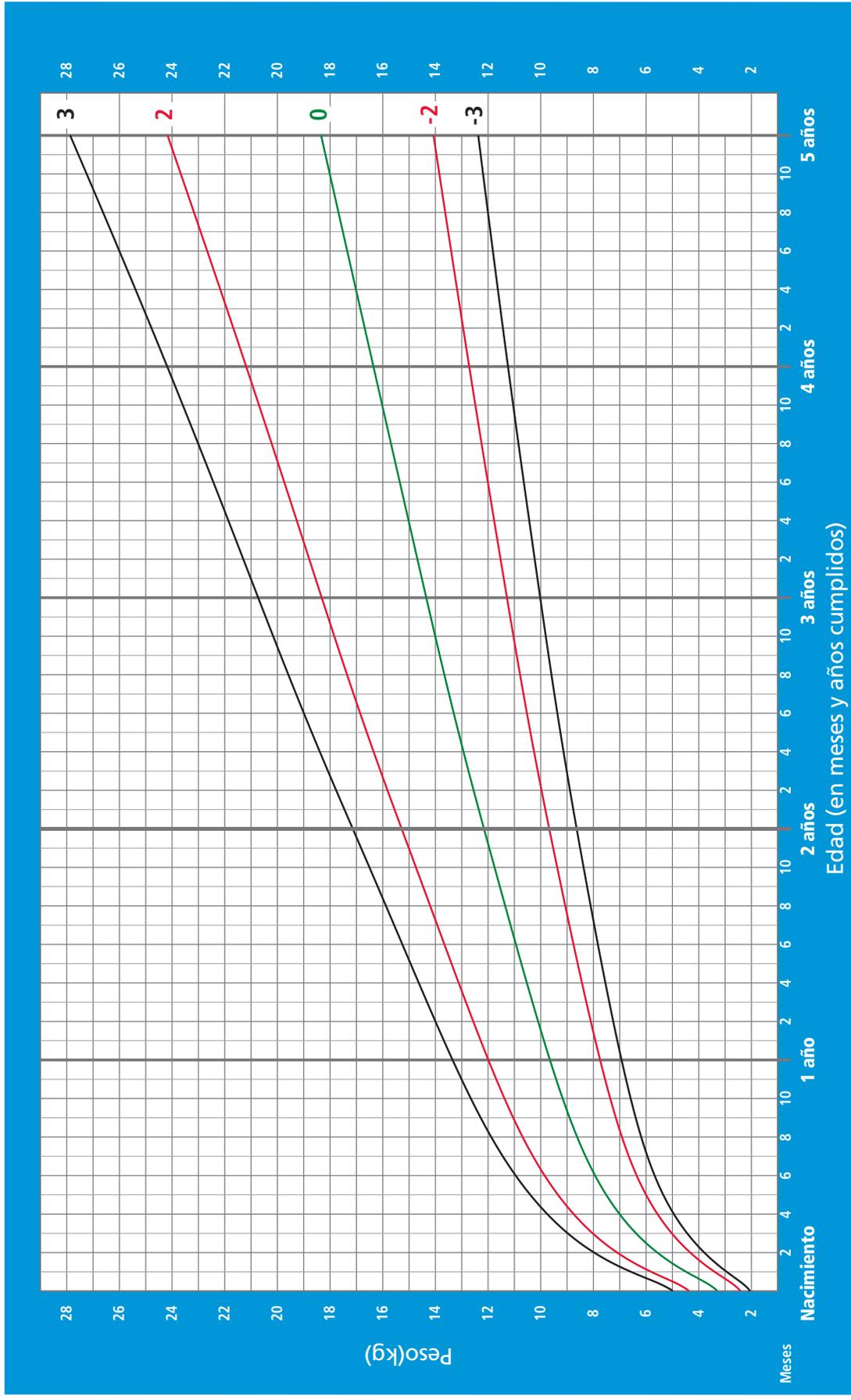
Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Peso para la edad Niños

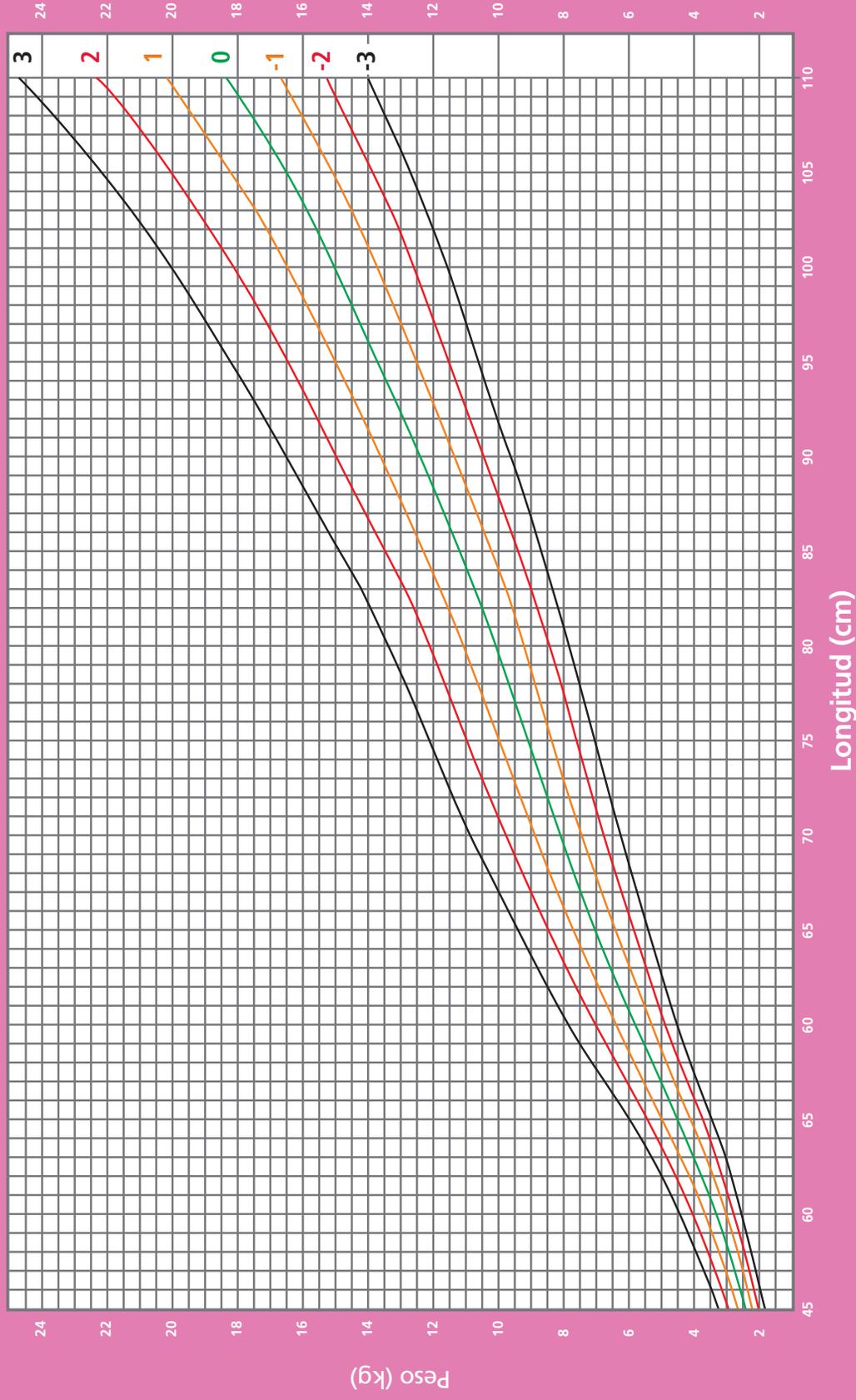
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

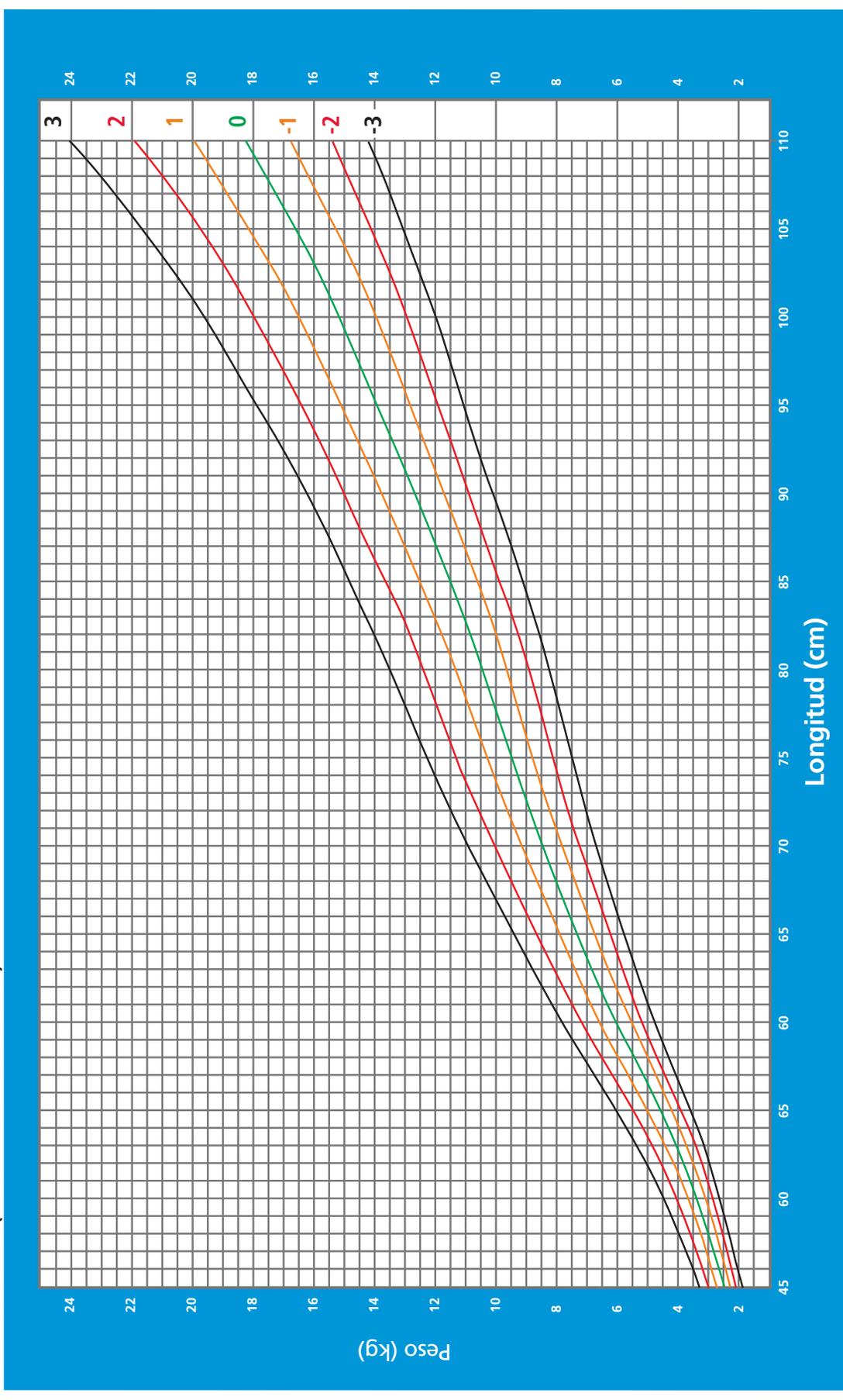
Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Peso para la longitud - Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

GUÍA PARA LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

1. Medición del perímetro cefálico

Material:

Cinta métrica no elástica

Procedimiento:

1. Coloque a la niña o niño en posición cómoda (en la camilla o sobre las piernas de la madre).
2. Sitúese de frente a la niña o niño, de tal forma que el borde inferior de la cinta métrica pase por el arco superciliar a la altura de las cejas sobre el pabellón auricular y por la prominencia occipital. La parte inicial de la cinta métrica debe quedar sobre la cara lateral de la cabeza.
3. Comprima firmemente el cabello con la cinta métrica para obtener la medida que se aproxime a la circunferencia craneana.
4. Lea y registre el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cms.
5. Repita el procedimiento para validar la medida.

Clasificación de la niña y el niño de acuerdo al Perímetro Cefálico

Punto de corte (p)	Clasificación
< P3	Riesgo microcefalia
P3 a P97	Normal
> P97	Riesgo macrocefalia

PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑOS									
EDAD			PERCENTILES (PERIMETRO CEFÁLICO EN CENTIMETROS)						
SEMANAS	MESES	AÑOS	3	10	25	50	75	90	97
0			32,1	32,8	33,6	34,5	35,3	36,1	36,9
1			32,9	33,6	34,3	35,2	36,0	36,7	37,5
2			33,7	34,4	35,1	35,9	36,7	37,4	38,1
3			34,3	35,0	35,7	36,5	37,3	38,0	38,7
4			34,9	35,6	36,3	37,1	37,9	38,6	39,3
5			35,4	36,1	36,8	37,6	38,4	39,1	39,8
6			35,9	36,6	37,3	38,1	38,8	39,6	40,3
7			36,3	37,0	37,7	38,5	39,3	40,0	40,7
8			36,7	37,4	38,1	38,9	39,7	40,4	41,1
9			37,0	37,7	38,4	39,2	40,0	40,7	41,4
10			37,4	38,1	38,8	39,6	40,4	41,1	41,8
11			37,7	38,4	39,1	39,9	40,7	41,4	42,1
12			38,0	38,7	39,4	40,2	41,0	41,7	42,4
13	3		38,3	39,0	39,7	40,5	41,3	42,0	42,7
	4		39,4	40,1	40,8	41,6	42,4	43,2	43,9
	5		40,3	41,0	41,7	42,6	43,4	44,1	44,8
	6		41,0	41,8	42,5	43,3	44,2	44,9	45,6
	7		41,7	42,4	43,1	44,0	44,8	45,6	46,3
	8		42,2	42,9	43,7	44,5	45,4	46,1	46,9
	9		42,6	43,4	44,2	45,0	45,8	46,6	47,4
	10		43,0	43,8	44,6	45,4	46,3	47,0	47,8
	11		43,4	44,1	44,9	45,8	46,6	47,4	48,2
	12	1	43,6	44,4	45,2	46,1	46,9	47,7	48,5
	13		43,9	44,7	45,5	46,3	47,2	48,0	48,8
	14		44,1	44,9	45,7	46,6	47,5	48,3	49,0
	15		44,3	45,1	45,9	46,8	47,7	48,5	49,3
	16		44,5	45,3	46,1	47,0	47,9	48,7	49,5
	17		44,7	45,5	46,3	47,2	48,1	48,9	49,7
	18		44,9	45,7	46,5	47,4	48,3	49,1	49,9
	19		45,0	45,8	46,6	47,5	48,4	49,2	50,0
	20		45,2	46,0	46,8	47,7	48,6	49,4	50,2
	21		45,3	46,1	46,9	47,8	48,7	49,6	50,4
	22		45,4	46,3	47,1	48,0	48,9	49,7	50,5
	23		45,6	46,4	47,2	48,1	49,0	49,9	50,7
	24	2	45,7	46,5	47,3	48,3	49,2	50,0	50,8
	25		45,8	46,6	47,5	48,4	49,3	50,1	50,9
	26		45,9	46,7	47,6	48,5	49,4	50,3	51,1
	27		46,0	46,8	47,7	48,6	49,5	50,4	51,2
	28		46,1	47,0	47,8	48,7	49,7	50,5	51,3
	29		46,2	47,1	47,9	48,8	49,8	50,6	51,4
	30		46,3	47,1	48,0	48,9	49,9	50,7	51,6
	31		46,4	47,2	48,1	49,0	50,0	50,8	51,7
	32		46,5	47,3	48,2	49,1	50,1	50,9	51,8
	33		46,6	47,4	48,3	49,2	50,2	51,0	51,9
	34		46,6	47,5	48,3	49,3	50,3	51,1	52,0
	35		46,7	47,6	48,4	49,4	50,3	51,2	52,0
	36	3	46,8	47,6	48,5	49,5	50,4	51,3	52,1
	37		46,9	47,7	48,6	49,5	50,5	51,4	52,2
	38		46,9	47,8	48,6	49,6	50,6	51,4	52,3
	39		47,0	47,8	48,7	49,7	50,6	51,5	52,4
	40		47,0	47,9	48,8	49,7	50,7	51,6	52,4
	41		47,1	48,0	48,8	49,8	50,8	51,7	52,5
	42		47,2	48,0	48,9	49,9	50,8	51,7	52,6
	43		47,2	48,1	49,0	49,9	50,9	51,8	52,7
	44		47,3	48,1	49,0	50,0	51,0	51,9	52,7
	45		47,3	48,2	49,1	50,1	51,0	51,9	52,8
	46		47,4	48,2	49,1	50,1	51,1	52,0	52,8
	47		47,4	48,3	49,2	50,2	51,1	52,0	52,9
	48	4	47,5	48,3	49,2	50,2	51,2	52,1	53,0
	49		47,5	48,4	49,3	50,3	51,2	52,1	53,0
	50		47,5	48,4	49,3	50,3	51,3	52,2	53,1
	51		47,6	48,5	49,4	50,4	51,3	52,2	53,1
	52		47,6	48,5	49,4	50,4	51,4	52,3	53,2
	53		47,7	48,6	49,5	50,4	51,4	52,3	53,2
	54		47,7	48,6	49,5	50,5	51,5	52,4	53,3
	55		47,7	48,6	49,5	50,5	51,5	52,4	53,3
	56		47,8	48,7	49,6	50,6	51,6	52,5	53,4
	57		47,8	48,7	49,6	50,6	51,6	52,5	53,4
	58		47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,6	53,5
	59		47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,6	53,5
	60	5	47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,7	53,5

Fuente OMS - 2006

PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑAS									
EDAD			PERCENTILES (PERIMETRO CEFÁLICO EN CENTIMETROS)						
SEMANAS	MESES	AÑOS	3	10	25	50	75	90	97
0			31,7	32,4	33,1	33,9	34,7	35,4	36,1
1			32,4	33,1	33,8	34,6	35,3	36,0	36,7
2			33,1	33,8	34,5	35,2	36,0	36,7	37,4
3			33,7	34,4	35,1	35,8	36,6	37,3	38,0
4			34,2	34,9	35,6	36,4	37,2	37,9	38,6
5			34,6	35,3	36,1	36,8	37,6	38,4	39,1
6			35,0	35,7	36,5	37,3	38,1	38,8	39,5
7			35,4	36,1	36,9	37,7	38,5	39,2	39,9
8			35,7	36,5	37,2	38,0	38,8	39,6	40,3
9			36,1	36,8	37,5	38,4	39,2	39,9	40,6
10			36,4	37,1	37,8	38,7	39,5	40,2	41,0
11			36,7	37,4	38,1	39,0	39,8	40,5	41,3
12			36,9	37,7	38,4	39,3	40,1	40,8	41,6
13	3		37,2	37,9	38,7	39,5	40,4	41,1	41,9
	4		38,2	39,0	39,7	40,6	41,4	42,2	43,0
	5		39,0	39,8	40,6	41,5	42,3	43,1	43,9
	6		39,7	40,5	41,3	42,2	43,1	43,9	44,6
	7		40,4	41,1	41,9	42,8	43,7	44,5	45,3
	8		40,9	41,7	42,5	43,4	44,3	45,1	45,9
	9		41,3	42,1	42,9	43,8	44,7	45,5	46,3
	10		41,7	42,5	43,3	44,2	45,1	46,0	46,8
	11		42,0	42,9	43,7	44,6	45,5	46,3	47,1
	12	1	42,3	43,2	44,0	44,9	45,8	46,6	47,5
	13		42,6	43,4	44,3	45,2	46,1	46,9	47,7
	14		42,9	43,7	44,5	45,4	46,3	47,2	48,0
	15		43,1	43,9	44,7	45,7	46,6	47,4	48,2
	16		43,3	44,1	44,9	45,9	46,8	47,6	48,5
	17		43,5	44,3	45,1	46,1	47,0	47,8	48,7
	18		43,6	44,5	45,3	46,2	47,2	48,0	48,8
	19		43,8	44,6	45,5	46,4	47,3	48,2	49,0
	20		44,0	44,8	45,6	46,6	47,5	48,4	49,2
	21		44,1	45,0	45,8	46,7	47,7	48,5	49,4
	22		44,3	45,1	46,0	46,9	47,8	48,7	49,5
	23		44,4	45,3	46,1	47,0	48,0	48,8	49,7
	24	2	44,6	45,4	46,2	47,2	48,1	49,0	49,8
	25		44,7	45,5	46,4	47,3	48,3	49,1	49,9
	26		44,8	45,7	46,5	47,5	48,4	49,2	50,1
	27		44,9	45,8	46,6	47,6	48,5	49,4	50,2
	28		45,1	45,9	46,8	47,7	48,7	49,5	50,3
	29		45,2	46,0	46,9	47,8	48,8	49,6	50,5
	30		45,3	46,1	47,0	47,9	48,9	49,7	50,6
	31		45,4	46,2	47,1	48,0	49,0	49,8	50,7
	32		45,5	46,3	47,2	48,1	49,1	49,9	50,8
	33		45,6	46,4	47,3	48,2	49,2	50,0	50,9
	34		45,7	46,5	47,4	48,3	49,3	50,1	51,0
	35		45,8	46,6	47,5	48,4	49,4	50,2	51,1
	36	3	45,9	46,7	47,6	48,5	49,5	50,3	51,2
	37		45,9	46,8	47,6	48,6	49,5	50,4	51,3
	38		46,0	46,9	47,7	48,7	49,6	50,5	51,3
	39		46,1	46,9	47,8	48,7	49,7	50,6	51,4
	40		46,2	47,0	47,9	48,8	49,8	50,6	51,5
	41		46,2	47,1	47,9	48,9	49,8	50,7	51,6
	42		46,3	47,1	48,0	49,0	49,9	50,8	51,6
	43		46,4	47,2	48,1	49,0	50,0	50,8	51,7
	44		46,4	47,3	48,1	49,1	50,1	50,9	51,8
	45		46,5	47,3	48,2	49,2	50,1	51,0	51,8
	46		46,5	47,4	48,3	49,2	50,2	51,0	51,9
	47		46,6	47,5	48,3	49,3	50,2	51,1	51,9
	48	4	46,7	47,5	48,4	49,3	50,3	51,2	52,0
	49		46,7	47,6	48,4	49,4	50,3	51,2	52,1
	50		46,8	47,6	48,5	49,4	50,4	51,3	52,1
	51		46,8	47,7	48,5	49,5	50,5	51,3	52,2
	52		46,9	47,7	48,6	49,5	50,5	51,4	52,2
	53		46,9	47,8	48,6	49,6	50,6	51,4	52,3
	54		47,0	47,8	48,7	49,6	50,6	51,5	52,3
	55		47,0	47,9	48,7	49,7	50,7	51,5	52,4
	56		47,1	47,9	48,8	49,7	50,7	51,6	52,4
	57		47,1	48,0	48,8	49,8	50,7	51,6	52,5
	58		47,2	48,0	48,9	49,8	50,8	51,7	52,5
	59		47,2	48,1	48,9	49,9	50,8	51,7	52,6
	60	5	47,2	48,1	49,0	49,9	50,9	51,7	52,6

Fuente OMS - 2006

2. Mediciones del peso y talla

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

1. Obtener la edad exacta
2. Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona)
3. Estado emotivo del niño
4. Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
5. Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.
6. Contar con sistema de control de calidad eficiente.

Es importante determinar el sexo y la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes, de llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación del crecimiento y el estado nutricional de la niña o niño será incorrecta.

Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Equipo

Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño, se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que el personal de salud encarga de realizar la medición y registrar.

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
6. El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
8. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.
9. Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses

Equipo:

Una balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos.

Procedimiento:

1. Coloque la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza.
2. Equilibre la balanza en cero
3. El niño debe tener la menor cantidad de ropa, sin calzado y medias, colocando los pies sobre las huellas de la plataforma para distribuir el peso en ambos pies.
4. Sobre el brazo principal, mueva la pesa hasta sobrepasar el peso y luego hágala retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilos y gramos)
5. Registre el peso en los documentos y formatos correspondiente.
6. Equilibre la balanza en cero.

Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad

Equipo:

Un Infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra

Procedimiento:

Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra persona asistente puedes otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño.

1. La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.
2. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
3. Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
4. El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
5. La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
6. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
7. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
8. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
9. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad.-

Equipo:

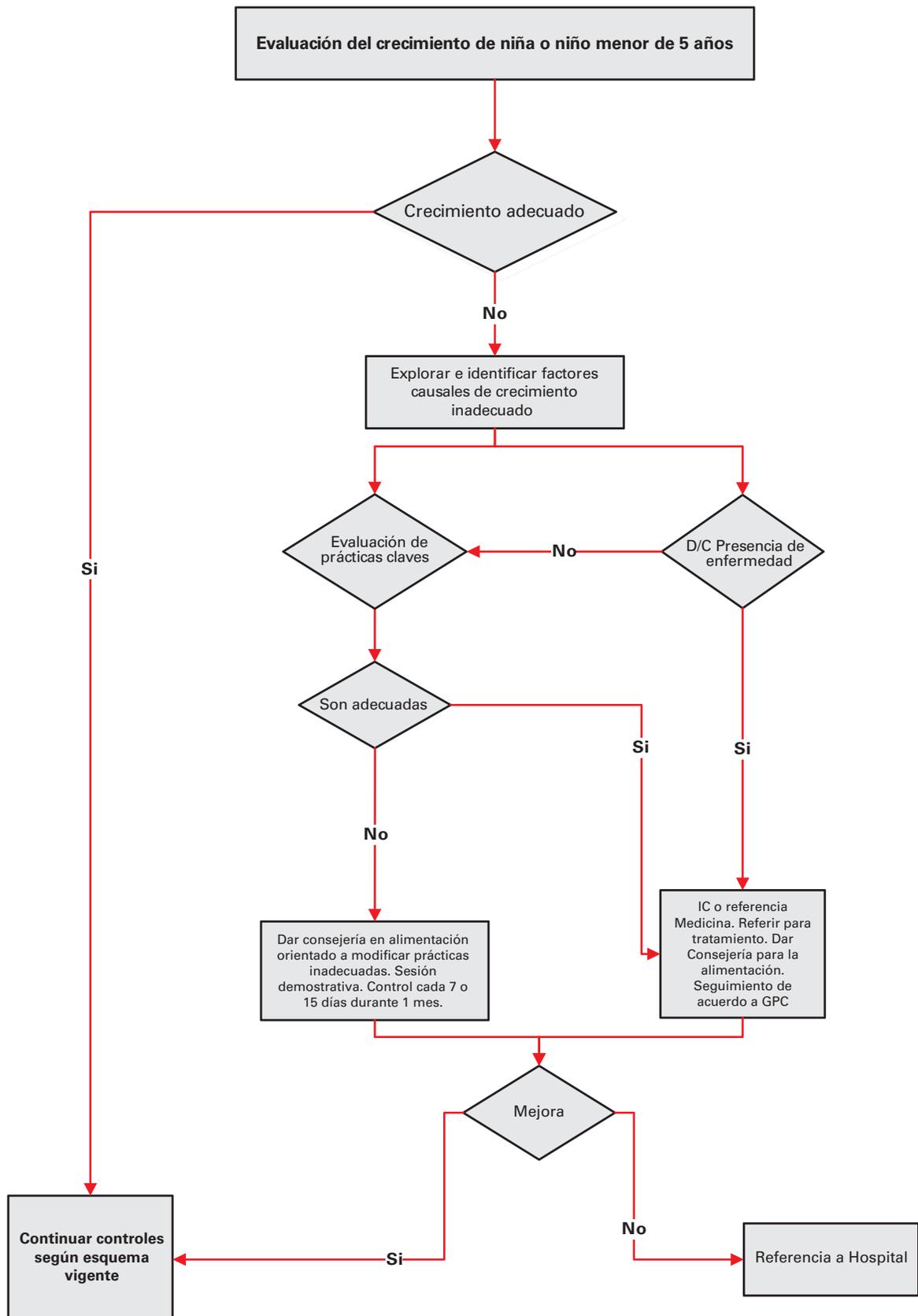
1. Un Tallímetro de pie de madera.

Procedimiento:

1. Ubicar el tallímetro sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos, que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso.
2. Pedirle a la madre que le quite los zapatos, medias y accesorios en la cabeza del niño.
3. Parar al niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada contra la tabla.
4. El asistente debe asegurarse que el niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla.
5. Colocar la cabeza del niño con la mano (izquierda) sobre la barbilla, de manera tal, que forme un ángulo de 90° entre el ángulo externo del ojo y la zona comprendida entre el conducto auditivo externo y la parte superior del pabellón auricular, con la longitud del cuerpo del niño.
6. Asegurarse que el niño tenga los hombros rectos y que la espalda esté contra la tabla, no debe agarrarse de la tabla, que los dedos índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los lados del cuerpo).
7. Bajar el tope móvil del tallímetro con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza del niño pero sin presionar.
8. Leer el número inmediatamente por debajo del tope. Si sobrepasa la línea del centro añadir 5 mm al número obtenido. En caso de que éste sobrepase la línea correspondiente a centímetros, deberá registrarse el número de "rayas" o milímetros. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.

MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PROBLEMAS DEL CRECIMIENTO Y NUTRICIONALES

Fluxograma



GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN

EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO													3											
FECHA:																								
EDAD:	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m	33m	36m	
1. ¿El niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																								
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																								
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)																								
4. ¿El niño recibe leche no materna? (Explorar)																								
5. ¿El niño recibe aguitas? (Explorar)																								
6. ¿El niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																								
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar)																								
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar)																								
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (Explorar)																								
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)																								
11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)																								
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																								
13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato?																								
14. ¿Añade sal yodada a la comida familiar?																								
15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro?																								
16. ¿Su niña o niño ha recibido suplemento de vitamina "A"?																								
17. ¿Su niña o niño está recibiendo micronutrientes?																								
18. ¿Es el niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? Si () No () Especificar:																								
OBSERVACIONES:																								

Para evaluar la alimentación utilizar el esquema que se encuentra en el formato de la historia clínica. Registrar la fecha de la evaluación y colocar un aspa (X) sobre la edad de la niña o niño. Consignar (Si) o (No) según corresponda.

1. ¿El niño está recibiendo lactancia materna exclusiva? (Explorar)

Si el niño está tomando leche materna registrar (SI), si no la recibe registrar (NO).

Si la respuesta es (SI), indagar si además de leche materna recibe alguna otra leche, líquidos u otros alimentos.

Si la niña o niño tiene menos de 6 meses y no recibe leche materna o recibe otro alimento además de la leche materna, preguntar por las causas e incentivar a la madre para que reanude la lactancia.

2. La técnica de lactancia materna es adecuada? (Explorar y observar)

Solicita a la madre que de lactar a fin de observar si la niña o el niño está succionando según la técnica recomendada, registrar (SI) o (NO) según corresponda.

Explorar en la madre sobre problemas durante la lactancia o derivados de la lactancia (dolor, dificultades para adoptar una posición cómoda, observar la presencia de mastitis, grietas u otra lesión)

De acuerdo a lo observado y lo referido por la madre brindar información y consejería.

3. ¿La frecuencia de lactancia materna es adecuada? (Explorar y evaluar)

Indagar sobre el número de veces que lacta el niño durante el día y la noche.

Los primeros 6 meses, el niño debe tener lactancia materna exclusiva a libre demanda (cada vez que pida el niño, como mínimo 8 veces en 24 horas).

4. ¿El niño recibe leche no materna? (Explorar).

Registrar SI, cuando el niño está tomando sucedáneos de la leche materna u otro tipo de leche. Si es menor de 6 meses incentivar la lactancia materna exclusiva

5. ¿El niño recibe agüitas?(Explorar)

Si el niño está recibiendo agüitas registrar (SI), si no la recibe registrar (NO).

Si es menor de 6 meses incentivar la lactancia materna exclusiva

6. ¿El niño recibe algún otro alimento? (Explorar)

Registrar Si o No según corresponda.

Si la respuesta anterior es afirmativa, registrar en Observaciones, el tipo de alimento que consume. Si es menor de 6 meses incentivar la lactancia materna exclusiva

7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar y evaluar).

Registrar (Si), cuando la preparación es adecuada de acuerdo a la edad (comidas espesas: purés, papilla, mazamorra etc.).

8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar y evaluar)

Indagar sobre la cantidad de ración que consume según la edad el niño, tomando de referencia el plato o taza que usa.

Si el niño está comiendo la cantidad recomendada (reglamento de alimentación infantil), escribir (SI), si no la consume escribir (NO).

A partir de los 6 meses : 2 a 3 cucharadas de comida 2 veces al día.

Entre los 7 a 8 meses : Media taza o 3 a 5 cucharadas 3 veces al día.

Entre los 9 a 11 meses : $\frac{3}{4}$ taza o 5 a 7 cucharadas 4 veces al día.

Entre 12 a 24 meses : 1 taza o 7 a 10 cucharadas 5 veces al día.

- 9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (Explorar y evaluar)**
Registrar el número de veces que come al día. Progresivamente el niño o niña debe alcanzar a partir de los 11 meses las tres comidas principales y dos adicionales al día.
- 10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)**
Si está recibiendo registrar (Si), si no la recibe registrar (No).
- 11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)**
Si está recibiendo registrar (Si), si no la recibe registrar (No).
- 12. Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño? (Explorar)**
Si está añadiendo a la comida aceite, mantequilla o margarina escribir (SI), si no la añade escribir (NO). El objetivo es complementar el aporte energético de la alimentación de la niña o el niño.
- 13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato? Explorar)**
El propósito es verificar si el niño come de su propio plato o taza. Si el niño está comiendo en su propio plato registrar (SI), si no come en su propio plato registrar (NO).
- 14. ¿Añade sal yodada a la comida familiar? (Explorar)**
Si utiliza sal yodada en la preparación de las comidas escribir (SI), si no la añade escribir (NO). Verificar con el kit cualitativo de campo en especial en el ámbito de sierra y selva.
- 15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro? (Sulfato ferroso en jarabe o gotas).**
El propósito es verificar el consumo adecuado del hierro e indagar sobre efectos adversos u otros problemas que pueda limitar la adherencia o causar abandono. Consignar SI si el consumo es regular y NO si se abandonó o su consumo es irregular. Fortalecer la información sobre alimentos fuente de hierro, importancia de su consumo e incentivar su consumo regular.
- 16. ¿Su niña o niño ha recibido suplemento de Vitamina "A"? (corresponde solo a áreas priorizadas).**
Si no hubiera recibido y se encuentra en el ámbito priorizado debe administrarse inmediatamente según corresponda. Fortalecer la información sobre alimentos fuente de vitamina "A" y sobre la importancia de su consumo.
- 17. ¿Su niña o niño está recibiendo multimicronutrientes? (corresponde a ámbitos priorizados).**
El propósito es verificar el consumo adecuado del los multimicronutrientes en polvo e indagar sobre efectos adversos u otros problemas que pueda limitar la adherencia o causar abandono. Consignar SI, si el consumo es regular y NO si se abandonó o su consumo es irregular. Fortalecer la información sobre alimentos fuente de hierro, importancia de su consumo e incentivar su consumo regular.
- 18. ¿Es el niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? (Explorar)**
Registrar si la niña o niño es beneficiario de algún Programa social. Si la respuesta es afirmativa especifique el nombre del programa.

Utilizar los resultados para orientar la consejería y los acuerdos negociados con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño.

Evaluar la alimentación en cada contacto del niño o niña con los servicios de salud, poner especial cuidado en la alimentación durante los procesos de enfermedad.

Anexo N° 9 Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

FECHA:	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES		
A CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO	MOVIMIENTOS SENCILLOS DE BRAZOS Y PIERNAS	EXTIENDE LAS PIERNAS EL PESO DE SU CUERPO	LA CABEZA CUMPLA AL MENOR TIEMPO DE INCLINACIÓN	CONTROL RECTO DEL CUERPO SIN APOYO															
B CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS	
C CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	PIUESTO DE PIE	
D USO DEL BRAZO Y MANO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	APREHENSIONES SENCILLAS CON UN OBJETITO	
E VISIÓN	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	COMPARA EL COLOR Y LA FORMA DE UN OBJETITO	
F AUDICIÓN	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	VOLETA AL OÍR SONIDO DE LA CAMPANA	
G LENGUAJE COMPRENSIVO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	RECONOCE EL SONIDO DE UN OBJETITO	
H LENGUAJE EXPRESIVO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	LLAMA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO	
I COMPORTAMIENTO SOCIAL	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA
J ALIMENTACIÓN VESTIDO E HIGIENE	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR	COMIENZA A MARCHAR
K JUEGO	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS
L INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO	DEMONSTRAR LEGRÍA POR UN OBJETITO
M ACTIVIDAD	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:	APPELLIDOS Y NOMBRES:

PREGUNTAS QUE SE DEBE HACER A LOS PADRES O ADULTOS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 30 MESES EN LA PRIMERA ENTREVISTA EN BUSCA DE FACTORES DE RIESGO

Respuesta: marque con un aspa (x) en sí o no y/o llene según corresponda.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Los padres son parientes cercanos?		
¿Alguien en la familia (materna o paterna) tiene alteraciones físicas, mentales o del desarrollo?		
¿Se controló el embarazo?		
¿Presentó algún problema de salud en el embarazo? Por ejemplo infecciones, sangrados, convulsiones, presión alta o se hinchó?		
¿Tomó la mamá alguna medicina por complicaciones durante el embarazo?		
¿Durante el embarazo le tomaron radiografía a la madre?		
¿Al nacer el niño demoró en llorar?		
¿El niño se puso muy amarillo en los primeros días de vida?		
¿El niño nació antes de los 7 meses de embarazo?		
Si la respuesta anterior es afirmativa precisas ¿Cuánto tiempo antes?		
¿El niño tuvo bajo peso al nacer?		
¿El parto del niño fue atendido fuera de un establecimiento de Salud?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar el lugar:		
¿El parto fue atendido por personal no profesional?		
¿El niño se queda sin estímulo de un adulto muchas horas al día?		
¿El niño juega con la madre, padre ó la persona que lo cuida?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar con quién?		
¿El niño presentó alguna infección del Sistema Nervioso Central: Meningitis, Encefalitis?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar cuál?		
¿El niño ha sufrido un traumatismo encéfalo craneano?		
¿El niño alguna vez ha estado Desnutrido o ha estado con Bajo Peso?		
¿El niño presenta alguna Malformación Congénita?		
¿El niño alguna vez ha convulsionado?		

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO DE 0 A 30 MESES

- 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:** El instrumento para evaluación del desarrollo del niño de 0 a 30 meses tiene las siguientes características:
 - En la Línea Horizontal, se ubican las edades de evaluación.
 - En la Línea Vertical se describen las líneas de comportamiento :
 - » Control de cabeza y tronco sentado (A)
 - » Control de cabeza y tronco rotaciones (B)
 - » Control de cabeza y tronco de marcha (C)
 - » Uso del brazo y mano (D)
 - » Visión (E)
 - » Audición (F)
 - » Lenguaje comprensivo (G)
 - » Lenguaje expresivo (H)
 - » Comportamiento social (I)
 - » Alimentación vestido e higiene (J)
 - » Juego (K)
 - » Inteligencia y aprendizaje (L)
 - Los hitos están ubicados en la coordenada de edad y línea de comportamiento correspondiente.
 - Los espacios en blanco, equivalen al hito inmediato anterior.

- 2. MANEJO DE LA NIÑA Y NIÑO:**
 - El niño debe estar acompañado preferentemente por sus padres o adulto responsable de su cuidado a fin de que pueda proporcionar la información pertinente.
 - La niña o el niño deben ser evaluados despiertos y sanos y en un ambiente carente de distracciones.
 - Es conveniente explicar a padres ó adulto responsable de su cuidado los objetivos de la prueba para obtener su mejor colaboración.
 - Todo estímulo o manipulación del niño por el evaluador debe ser realizado con suavidad y sin incomodarlo.
 - En caso de utilizar material de evaluación, debe ser mostrado al niño únicamente cuando vaya a ser usado y debe ser retirado de su vista cuando ya no sea necesario.
 - Se evitará apartar bruscamente al niño de alguna actividad interesante para él; para someterlo a otra prueba; se evitará también presionarlo para que responda antes de que esté listo para hacerlo. La rapidez con que se administre la prueba deberá adaptarse al temperamento del niño y a la experiencia del evaluador.

- 3. MATERIALES PARA LA EVALUACIÓN:**
 - Los materiales necesarios para evaluar el desarrollo del niño de 0 a 30 meses se presentan en el siguiente listado:

MATERIAL	CANTIDAD
PELOTA: de 10cm diámetro, color entero, de plástico.	01
CUBOS: de madera de 2.5 cm., de lado, liso y de color rojo.	07
PAÑAL o PEDAZO DE TELA: De color blanco, tipo de tela: indistinto, sin dibujos, 20cm x 30cm aproximadamente.	01
FRIJOLES o MAÍZ: (alternativa: pelotillas de papel tamaño del frijol)	04
CAJA: De cartón, pequeña, con tapa, fácil de levantar por el niño, grosor de cartón: consistente, para evitar deformación	01
FRASCO CON TAPA DE ROSCA: forma del frasco: cilíndrico, transparente o claro liso, de 5cm de diámetro aproximadamente, de acrílico o vidrio.	01
JUEGO DE VÁSTAGO Y AROS PARA ENCAJAR: (6 aros de plástico), multicolor, peso: el del mercado, de diferente diámetro cada aro, el palo donde van a encajar los aros no tiene una medida específica, no debe tener bolilla de tope.	01
LIBRO DE FIGURAS: (diseño propio, que el niño pueda pasar las hojas) contenido 10 a 12 páginas: figuras: animales, prendas de vestir, juguetes, vajilla y utensilios de cocina, pelota, niño, niña, perro, etc., tamaño del libro: estándar A4, tamaño de figuras: grandes, tipo de papel: indistinto color de papel: blanco, 1 o 2 dibujos por hoja	01
LINTERNA: pequeña tipo lapicero.	01
ESPEJO de 40 x 40 cm con marco.	01
HOJA DE PAPEL: tamaño A4, periódico o bond	01
PLUMONES: de diferentes colores, punta fina.	02
CAMPANILLA DE BRONCE: de 3 cm altura y 4.5 cm de diámetro	01
JUGUETE CON RUEDAS O CARRETA: de 20 x 20 cm aproximadamente, sencilla con pita para jalar, peso: que permita estabilidad, color: indistinto	01
CARRITO PEQUEÑO U OTRO JUGUETE: de plástico, cualquier color liviano, ancho 2.5cm aproximadamente	01
SONAJA SIMPLE:	01

4. EVALUACIÓN:

La evaluación del desarrollo se realizará de acuerdo a la edad cronológica de la niña o el niño, calculada en meses, considerando para ello los 30 días cumplidos, considerar que un mes y 28 días se reconoce como un mes y en cambio un mes y 29 días ya se considera 2 meses.

- Hasta los 12 meses de edad, la evaluación será mensual.
- Después de los 12 meses de edad, la edad referida es 15, 18, 21, 24 y 30 meses de edad.
- Las niñas o niños de 13 a 14 meses de edad se evalúan con los hitos de 12 meses de edad
- Las niñas o niños de 15 a 17 meses de edad se evalúan con los hitos de 15 meses de edad

- Las niñas o niños de 18 a 20 meses de edad se evalúan con los hitos de 18 meses de edad
- Las niñas o niños de 21 a 23 meses de edad se evalúan con los hitos de 21 meses de edad
- Las niñas o niños de 24 a 29 meses de edad se evalúan con los hitos de 24 meses de edad.
- Las niñas o niños de 30 meses de edad se evalúan con los hitos de 30 meses de edad.
- La evaluación comenzará con la columna de hitos del mes anterior; a la que corresponde la edad cronológica de la niña o niño en meses, a partir de ella se evaluará la línea de comportamiento horizontalmente y hacia la derecha hasta llegar al hito más alto que pueda obtenerse colocando en este último hito una marca (X).
- Los hitos que se han graficado en la ficha para ayuda visual y cuyo grado de dificultad de obtención es variable se califica como presentes o ausentes según sean o no observados (explorados por el examinador) o referidos por los padres o adulto responsable del cuidado del niño.
- Existen hitos, la mayoría diseñados para ser observados por el evaluador; otros, para ser referidos por el acompañante, y otros hitos, escasos, que puedan ser observados o referidos. En este último caso preferir de ser posible, la observación directa del hito.
- La calificación de un hito requiere, de su apreciación tal como se describe en el esquema, pero es importante la apreciación crítica razonable del evaluador. Es válida la apreciación de un hito durante la búsqueda de otro ó si el niño se adelanta en la ejecución.
- En caso de no obtener algún hito, su exploración puede ser diferida para más tarde, según criterio, mientras se pasa a explorar otros hitos.

5. LLENADO DE LA FICHA

- El llenado del formato de evaluación del desarrollo (Anexo N°9) se realizará de la siguiente manera:
 - » Registrar el Nombre de la niña o niño y el N° Historia Clínica según corresponda.
 - » En la parte posterior del formato se encuentra una lista de preguntas que se debe aplicar a los padres de la niña o niño a fin de obtener y registrar información relacionada a antecedentes, enfermedades asociadas, y otros.
 - » Encerrar en un círculo el mes correspondiente a la edad cronológica del la niña o niño. Una vez concluida la evaluación, se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados, mediante una línea que partirá desde la edad cronológica encerrada en el círculo hasta la última marca. Esta línea continua así obtenida será el **perfil de desarrollo** de la niña o niño evaluado; las desviaciones hacia la izquierda se considerarán retrasos y las desviaciones hacia la derecha, adelantos en el desarrollo de las líneas de comportamiento correspondientes.

- » Los espacios en blanco del esquema, significan que el hito inmediato anterior todavía está desarrollándose durante el trecho de estos espacios y pueden ser marcados como correctos en el mes cronológico en que se está evaluando al niño, naturalmente si la ejecución del mencionado hito es exitosa.

6. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

- Si el perfil de desarrollo obtenido no muestra desviación se cataloga como **Desarrollo Normal**.
- Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual, se cataloga como **Trastorno del desarrollo**.
- Si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual, se cataloga como adelanto del desarrollo.
- Si no hay desviación de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo se cataloga como **Riesgo para Trastorno del Desarrollo**.

7. EXPLORACION DE CADA HITO

La exploración de cada hito debe hacerse de acuerdo a las condiciones descritas a continuación:

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Control de cabeza y tronco				
1 mes	Observado	-----	Decúbito dorsal	Hito A 1 Movimientos asimétricos de brazos y piernas Mueve activa y asimétricamente brazos y piernas.
3 meses	Observado	-----	Decúbito dorsal. Cogerlo de las manos y levantarlo hacia uno	Hito A3 La cabeza acompaña al movimiento del tronco, no cae La cabeza permanece alineada con el tronco
5 meses	Observado	-----	Sentado en una superficie firme y plana sin sujetarlo ni apoyarlo	Hito A5 Dorso recto apoyo hacia delante con descarga de peso Permanece sentado con la espalda recta y apoyándose con las manos hacia adelante.
7 meses	Observado	-----	Sentado en una superficie firme y plana sin sujetarlo ni apoyarlo	Hito A7 Sentado sin apoyo Permanece sentado sin apoyarse con las Manos
18 meses	Observado	-----	Sentado en el piso	Hito A18 Sentado en el suelo Se para solo Se para sin ayuda.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Control de cabeza y tronco Rotaciones				
1 mes	Observado	-----	Decúbito ventral	Hito B1 Levanta la cabeza por momentos. Levanta la cabeza por momentos y la coloca de lado
3 meses	Observado	Campana, sonaja u otro juguete	Decúbito ventral. Colocar la campana, sonaja u otro juguete a 30cm. delante de los ojos del niño asegurándose de que la vea y luego elevarla.	Hito B3 Apoyo inestable sobre antebrazos. Levanta claramente la cabeza apoyándose en los antebrazos.
6 meses	Observado	Pelota	Decúbito dorsal. Colocar la pelota a 30cm. de los ojos del niño asegurándose de interesarlo y luego desplazarla hacia un lado.	Hito B6 Gira sobre su cuerpo fácilmente. Rueda y se coloca en decúbito ventral.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Control de cabeza y tronco Marcha				
1 mes	Observado	-----	Levantar al niño sujetándolo bajo la axila y hacer que los pies toquen suavemente una base o superficie firme.	Hito C1 Puesto de pie extiende las piernas. Extiende las piernas y apoya los pies sobre la base.
2 meses	Observado	-----	Levantar al niño sujetándolo bajo la axila y hacer que los pies toquen suavemente una base o superficie firme.	Hito C2 Parado no sostiene el peso de su cuerpo. Dobla las piernas sin sostener su peso.
5 meses	Observado	-----	Levantar al niño sujetándolo bajo la axila y hacer que los pies toquen suavemente una base o superficie firme.	HITO C5 Comienza a pararse. Apoya los pies en la base con algo de fuerza.
10 meses	Observado Referido	-----	De pie apoyado con las manos en muebles u otro apoyo.	Hito C10 Camina apoyándose en las cosas. Camina apoyándose sin ayuda de personas.
12 meses	Observado	-----	Estimular la marcha	Hito C12 Camina solo con pobre equilibrio y piernas separadas. Camina sin ayuda ni apoyo, con pies separados y pobre equilibrio por poco tiempo.
18 meses	Observado o referido	-----	Estimular la carrera	Hito C18 Corre Corre (no es caminar rápido).

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Uso del brazo y mano				
1 mes	Observado	-----	Colocar dedo del examinador en la palma de la mano del niño presionando suavemente.	Hito D1 Aprieta cualquier objeto colocado en su mano. Aprieta y suelta el dedo más de una vez.
3 meses	Observado	Sonaja	En decúbito dorsal o sentado en la falda de la madre, ofrecerle la sonaja, asegurándose de interesarlo.	Hito D3 Manos abiertas abre brazos ante objeto. Abrir los brazos y manos en clara intención de coger la sonaja.
4 meses	Observado	Sonaja	En decúbito dorsal o sentado en la falda de la madre, ofrecerle la sonaja, asegurándose de interesarlo.	Hito D4 Une sus brazos en línea media y toma un objeto con ambas manos. Coge la sonaja con ambas manos.
6 meses	Observado	Plumón, lápiz o cubo	Sentada (o), ofrecerle el objeto y esperar que la coja, ofrecerle luego el plumón.	Hito D6 Coge un objeto en cada mano. Coge un objeto en cada mano simultáneamente.
8 meses	Observado	Plumón	Sentada (o) en falda de la madre ante una mesa. Colocar sobre ésta un plumón, asegurándose de interesar al niño.	Hito D8 Pinza índice pulgar – torpe. Coge el plumón con los bordes del índice y del pulgar.
11 meses	Observado	Frijol	Sentada (o) en falda de la madre ante una mesa, colocar un frijol en ella asegurándose de interesar al niño.	Hito D11 Pinza fina. Coge un frijol con la punta del pulgar e índice, hasta en tres intentos.
15 meses	Observado	Frijol Frasco	Sentado. Demostrar al niño cómo se introduce un frijol en el frasco, luego ofrecerle ambos e incentivarlo a que lo haga.	Hito D15 Mete un frijol en un frasco. Introduce un frijol en el frasco hasta en tres intentos.
18 meses	Observado	3 cubos	Sentado ante la mesa, ofrecerle un cubo y permitirle explorarlo; enseñarle a hacer torres de cubos, luego darle los cubos, uno por uno e incentivarlo a que las haga.	Hito D18 Hace torres de 3 cubos. Construye una torre de 3 cubos hasta en tres intentos.
21 meses	Observado	5 cubos	Igual que el anterior.	Hito D21 Hace torres de 5 cubos. Construye una torre de 5 cubos hasta en tres intentos.
24 meses	Observado	7 cubos	Igual que el anterior.	Hito D24 Hace torres de 7 cubos. Construye una torre de 7 cubos hasta en tres intentos.
30 meses	Observado	3 cubos	Sentado ante una mesa o en el piso. Demostrar el niño cómo se hace un puente con 3 cubos e incentivarlo a que lo haga. Se puede pasar el dedo debajo del puente para que el niño comprenda el espacio.	Hito D30 Hace puente de 3 cubos. Construye un puente con 3 cubos hasta en tres intentos.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Visión				
1 mes	Observado	Linterna	Decúbito dorsal, iluminar directamente a los ojos con una linterna a 30cm. de distancia.	Hito E1 Frunce el ceño y rechaza con parpadeo la luz intensa Frunce el ceño y/o parpadea en expresión de rechazo.
2 meses	Observado	Linterna	Decúbito dorsal. Con la cabeza del niño en la línea media mostrarle la linterna y luego desplazarla completamente a uno y a otro lado	Hito E2 Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90° Sigue con la mirada, rotando el cuello 45° a uno y otro lado.
3 meses	Observado	Linterna	Decúbito dorsal. Con la cabeza del niño en la línea media mostrarle la linterna y luego desplazarla completamente a uno y a otro lado.	Hito E3 Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180°. Sigue con la mirada, rotando el cuello completamente a uno y otro lado.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Audición				
1 mes	Observado	Campana	Decúbito dorsal. Sonar la campana a 20cm. sobre y al lado de cada oído.	Hito F1 Detiene sus movimientos al oír un sonido. Detiene sus movimientos o acciones, pestañea o se sobresalta.
3 meses	Observado	Campana	Echado o sentado con su madre, colocar su cabeza en la línea media y sonar la campana a un costado y al otro.	Hito F3 Voltea al oír sonido de la campana. Voltea hacia el lado donde suena la campana.
6 meses	Observado	Campana	Sentado, sonar la campana por detrás y arriba de la cabeza, a uno y otro lado.	Hito F6 Localiza, diferencia y reacciona ante diferentes sonidos con movimientos completos de cabeza. Localiza los sonidos con movimientos completos de la cabeza.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Lenguaje Comprensivo				
1 mes	Observado o Referido	-----	En decúbito dorsal o en brazos de su acompañante, este le habla con cariño.	Hito G1 Sonríe con la voz de su madre. Sonríe ante la voz de su madre.
5 meses	Observado	-----	El acompañante lo llama por su nombre o apelativo.	Hito G5 Reconoce su nombre. Demuestra con algún gesto que reconoce su nombre.
6 meses	Observado	-----	Sentado en el piso o mesa; la madre lo llama con «upa», «ven», «vamos» o le dice «chau».	Hito G6 Comprenden "upa", "ven", "chau". Demuestra con algún gesto que reconoce las palabras.
9 meses	Observado O Referido	-----	Preferiblemente sentado, decirle NO acompañándolo con el gesto correspondiente ante una acción.	Hito G9 Comprende el «No». Demuestra con actitudes comprender el NO.
11 meses	Observado	Pelota	Ofrecer una pelota al niño y luego de un tiempo prudencial, pedirle con una orden simple: «Dame la pelota», acompañándola con el gesto correspondiente.	Hito G11 Responde a una orden simple e identifica objetos. Da la pelota al evaluador, intento hacerlo o evade la respuesta.
18 meses	Observado	-----	Preguntarle usando pronombre posesivo: en relación a su madre o algo de él. Ejemplos: ¿Dónde está tu zapato?	Hito G18 Distingue entre tú y yo. Demuestra con un gesto que se reconoce así mismo o que identifica a su madre.
21 meses	Observado	Cubo	Ordenarle: «Recoge el cubo y dámelo».	Hito G21 Comprende dos frases. Sencillas consecutivas: «recoge el cubo y dámelo» Recoge el cubo y lo da al evaluador.
24 meses	Observado	-----	Ordenarle: «Siéntate, sácate los zapatos y dámelos».	Hito G24 Comprende tres frases: «siéntate, quítate los zapatos, dámelos» Realiza las tres órdenes consecutivas.
30 meses	Observado	Libro	Ofrecerle el libro, preguntarle: ¿Cuál es el _____?, según las figuras; o ¿Qué es esto?	Hito G30 Pasa página, elige figura del libro y las nomina. Pasa las páginas y nomina tres (03) figuras.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Lenguaje expresivo				
1 mes	Referido	-----	Preguntar a la madre por qué llora su hijo.	Hito H1 Llora por una causa: hambre, frío, sueño. Responde por: hambre, frío o sueño.
2 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar a la madre qué dice su hijo o qué contesta cuando ella le habla.	Hito H2 Emite sonidos o «agú» cuando se le habla. Responde con «a», «i» o «agú».
5 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar a la madre qué dice su hijo o qué contesta cuando ella le habla.	Hito H5 Se repite a sí mismo y en respuesta a los demás. Responde repitiendo «ta-ta-ta», «baba-ba» o con otras consonantes.
7 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar si el niño dice «Pa-pa» o «Ma-ma» a cualquier persona.	Hito H7 Dice «pa-pa», «ma-ma» a cualquier persona. Observación o respuesta afirmativa.
10 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar si el niño dice «mamá», «papá», «aba» (agua) reconociendo correctamente.	Hito H10 Dice «pa-pa», «ma-ma». Observación o respuesta afirmativa.
12 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar si dice otras dos palabras aparte de mamá y papá.	Hito H12 Dice dos palabras sueltas, además de papá y mamá. Observación o respuesta afirmativa.
18 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar si dice «queeto» (que es esto); «mama aita» (mamá ahí está); «papaio» (papa se ha ido), etc. Palabras-Frase.	Hito H18 Palabras frases «mamá teta». Observación o respuesta afirmativa.
24 meses	Observado Referido	-----	Observar o preguntar si dice «Mamá vamo calle» o «Mamá quiero pan» (oraciones simples).	Hito H24 Dice oraciones simples: «mama vamo calle», «mama quiero pan». Observación o respuesta afirmativa.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Comportamiento social				
1 mes	Observado Referido	-----	Preguntar qué hace el niño cuando está llorando y lo cargan.	Hito I1 Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado. Se calma o deja de llorar.
2 meses	Observado	-----	Decúbito dorsal o en brazos estimular verbalmente al niño con el rostro a 20cm de él asegurándose de que lo vea.	Hito I2 Sonríe ante cualquier rostro. Cambio de la expresión facial: Sonríe, frunce el seño.
3 meses	Referido	-----	Preguntar cómo responde el niño al hablarle alegremente o seriamente.	Hito I3 Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre. Responde de manera diferente.
6 meses	Observado	Espejo	Sentado, acercar el espejo al niño asegurándose de que se interese en él.	Hito I6 Toca su imagen en el espejo. Toca su imagen en el espejo.
8 meses	Referido	-----	Preguntar cómo pide el niño que lo atiendan.	Hito I8 Llama o grita para establecer contacto con otros Llama o grita para establecer contacto.
11 meses	Referido Observado	-----	Preguntar si el niño puede hacer el gesto de «adiós» u otro gesto.	Hito I11 Imita gestos. Respuesta afirmativa u observación de la acción.
12 meses	Referido Observado	-----	Preguntar si el niño puede ofrecer un juguete (al jugar por ejemplo).	Hito I12 Ofrece un juguete. Respuesta afirmativa u observación de la acción.
15 meses	Referido	-----	Preguntar si el niño puede comer con los demás en la mesa.	Hito I15 Come en la mesa con los demás. Respuesta afirmativa.
18 meses	Referido	-----	Preguntar si el niño imita tareas domésticas sencillas.	Hito I18 Imita tareas simples de la casa. Respuesta afirmativa.
24 meses	Observado	Frasco con tapa	Mostrar al niño cómo se desenrosca la tapa de un frasco que contenga un cubo. Ofrecerle el frasco cerrado y estimularlo para que desenrosque.	Hito I24 Desenrosca un tapón para mirar dentro. Intento de desenroscar.
30 meses	Observado	Frasco con tapa	Mostrar al niño cómo se enrosca la tapa de un frasco que contenga un cubo, ofrecerle el frasco y la tapa.	Hito I30 Intenta enroscar. Intento de enroscar.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Alimentación, vestido e higiene				
1 mes	Referido Observado	-----	Preguntar si puede lactar o succiona, o chupa.	Hito J1 Chupa Respuesta afirmativa.
5 meses	Referido	-----	Preguntar si lleva a la boca algo que le pongan en la mano.	Hito J5 Lleva a la boca algo que se le pone en la mano. Respuesta afirmativa.
6 meses	Referido	-----	Preguntar si puede beber del vaso que le acerquen a la boca.	Hito J6 Bebe del vaso con ayuda. Respuesta afirmativa.
11 meses	Referido	-----	Preguntar cómo come el niño.	Hito J11 Come del plato con sus manos. Respuesta afirmativa.
12 meses	Referido	-----	Preguntar si el niño puede quitarse los zapatos (de cualquier manera).	Hito j12 Forcejea hasta quitarse los zapatos. Respuesta afirmativa.
18 meses	Referido	-----	Preguntar cómo pide el niño sus necesidades.	Hito J18 Avisa sus necesidades. Pide de alguna manera, no necesariamente por su nombre.
21 meses	Referido	-----	Preguntar qué ropa puede quitarse el niño.	Hito J21 Intenta quitarse prendas inferiores. Puede quitarse una prenda inferior: pantalón, short o trusa.
30 meses	Referido	-----	Preguntar qué ropa puede ponerse el niño.	Hito J30 Se pone alguna ropa. Se pone por lo menos una prenda (cualquiera).

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Juego				
3 meses	Observado Referido	-----	Decúbito dorsal. Estimular al juego con las manos.	Hito K3 Juega con sus manos. Juega con sus manos.
4 meses	Observado Referido	Sonaja	Decúbito dorsal o sentado en faldas de la madre; ofrecerle un juguete.	Hito K4 Lleva los juguetes a la boca. Coge el juguete y lo lleva a la boca.
5 meses	Observado Referido	-----	Decúbito dorsal, observación de la acción.	Hito K5 Juega con sus manos y pies. Juega con sus manos y pies, puede llevar los pies a la boca.
6 meses	Observado Referido	Cubos Otro juguete	Sentado, ofrecerle un cubo. Se le puede enseñar a golpearlo.	Hito K6 Coge y golpea objetos y repite seriamente el golpe. Golpea objetos con la base o entre sí y repite varias veces los golpes.
8 meses	Observado Referido	Cubos Otro juguete	Ofrecerle un cubo u otro juguete.	Hito K8 Lanza objetos a cierta distancia y disfruta con el sonido. Arroja el cubo o juguete y disfruta con el sonido al caer.
11 meses	Observado	Pelota	De pie en el piso, sujeto de la mano del acompañante. Ofrecerle una pelota y enseñarle a golpearla.	Hito K11 Sujeto de la mano, empuja la pelota con el pie. Golpea con un pie la pelota.
15 meses	Observado Referido	Carrito	De pie en el suelo, ofrecerle la carreta y enseñarle a jalarla.	Hito K15 Arrastra juguetes. Jala el carrito a través de la cuerda.
18 meses	Referido	-----	Preguntar qué hace el niño al quitarle un juguete.	Hito K18 Defiende su juguete. Defiende su juguete.
21 meses	Referido	-----	Preguntar con quién juega el niño.	Hito K21 Juega con otros niños. Juega con otros niños.
30 meses	Observado	-----	Jugar con el niño a realizar construcciones de cubos.	Hito K30 Juego social: sabe esperar su turno. Espera su turno para jugar.

Edad	Condición	Material	Postura inicial y técnica para obtener el objetivo	Hito y respuesta esperada
Inteligencia y aprendizaje				
1 mes	Observado	-----	Decúbito dorsal.	Hito L1 Demuestra estar atento. Está atento a lo que rodea.
2 meses	Observado	Plumón	Decúbito dorsal. Colocar un plumón o sonaja en la palma de la mano del niño.	Hito L2 Al contacto con un objeto abre y cierra la mano. Abre y cierra la mano dos o más veces al contacto con el plumón o sonaja.
3 meses	Referido	-----	Preguntar qué hace el niño cuando le van a dar pecho.	Hito L3 Se alegra cuando le van a dar el pecho. Se alegra.
6 meses	Observado	Cubo o Carro	Enseñarle el cubo o carro asegurándose que el niño lo vea y luego dejarlo caer.	Hito L6 Mira cuando cae un objeto. Mira donde cayó el cubo o el carro.
9 meses	Observado	Cubo o Carro y Pañuelo blanco	Mostrar al niño un cubo o carro asegurándose que se interese y luego tapanlo con el pañal.	Hito L9 Encuentra objetos ocultos. Intenta claramente buscar el carro o cubo.
10 meses	Observado	Caja Carro	Mostrar al inicio el carrito asegurándose que se interese en el, luego colocarlo en la caja y ofrecérsela sin soltarla.	Hito L10 Busca el juguete en la caja. Busca el carrito en la caja sin volcarla.
11 meses	Observado	Carro	Ofrecerle al niño el carro.	Hito L11 Explora su juguete. Toma el carro y lo explora.
12 meses	Observado	Plumón Papel	Enseñar al niño a hacer un garabato y luego ofrecerle el papel y el plumón incentivándolo a que él lo haga.	Hito L12 Hace garabatos. Hace garabatos.
15 meses	Observado	Libro	Ofrecer al niño el libro y preguntarle por las figuras: ¿Dónde está la.....?	Hito L15 Identifica figuras de objetos comunes. Identifica una o más figuras del libro, señalándolas o mirándolas.
18 meses	Observado Referido	Pañal Pelota	Colocar un pañal extendido sobre la mesa y sobre él la pelota, lejos del niño; asegurarse de que el niño se interese en ella.	Hito I18 Utiliza un objeto para alcanzar otro. Alcanza la pelota jalando el pañal.
30 meses	Observado	Aros y Vástago	Enseñar al niño cómo colocar los aros en orden de tamaño en el vástago y luego incentivarlo a que lo haga.	Hito I30 Coloca los aros en orden de tamaño. Intenta colocar los aros en orden de acuerdo a su tamaño.

INTERPRETACIÓN DE LOS HITOS DEL DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO DE 0 A 30 MESES

Control de cabeza y tronco – Sentado

Hito A1: “Movimientos de Piernas y Brazos Asimétricos”

Corresponde a la primera observación de la motricidad espontánea normal del niño según Bergeron, Irwin, Ballon, Mc Grow, etc.

Su observación demuestra existencia de una capacidad motriz a un grado promedio (ni muy activa, ni muy lenta) en el niño observado, con un patrón que excluye hemisíndromes o parálisis.

Hito A3: “La cabeza acompaña al movimiento del tronco, no cae”

Constituye el primer paso hacia la postura recta. (Gessell).

Se busca principalmente por ser unidad de desarrollo de las reacciones cefálicas de enderezamiento. Asociadamente permite apreciar la prensión y el tono de los miembros superiores.

Hito A5: “Dorso recto, con apoyo de manos hacia adelante”

El niño está cerca de madurar el equilibrio lo que le permitirá la prensión de los objetos. (Gessell, Thomas, Illingworth, Alberta, Leppsit, Koupnik, Kaplan, Tyson).

Permite principalmente ver un estadio de desarrollo de las reacciones de enderezamiento del tronco (ya la cabeza está controlada) y del equilibrio, mediante el apoyo anterior (aún no defensivos).

Hito A7: “Sentado sin apoyo”

Cabeza en línea media, hombros sobre las caderas, tórax extendido, flexión lumbar, caderas flexionadas y en rotación externa, no se mantiene mucho tiempo. Deja de usar las manos como apoyo y las usa para coger. Buscar apreciar reacciones de enderezamiento del tronco que se completarán luego cuando pueda sentarse por sí mismo.

Hito A18: “Sentado en el suelo, se para sólo”

Los movimientos de control de tronco y equilibrio adquieren cierta estabilidad, de esta forma no necesita apoyarse para conseguir la postura de pie desde la posición de sentado.

Permite evaluar una completa reacción de enderezamiento y equilibrio general. Indirectamente permite apreciar el signo de Gowers para enfermedades neuromusculares.

Control de cabeza y tronco – Rotaciones

Hito B1: “Levanta la cabeza por momentos”

Corresponde a la exploración de movimientos espontáneos, que pueden ser también hacia la derecha o izquierda por breves segmentos de tiempo. (Pretchl, Bauer principalmente). En éste como en muchos otros hitos influyen las costumbres del medio; ahora no se acostumbra a tener echado al niño en su cuna; se le tiene en brazos erguido sosteniéndole la cabeza y el tronco, esto permite al niño observar más cosas de su alrededor, ser estimulado cara a cara

con mayores oportunidades de que su cabeza siga a los planos de los hombros y tronco y aumentando su tono muscular que lo llevará a controlar la cabeza.

Evalúa la primera reacción de enderezamiento de la cabeza.

Hito B3: “Apoyo inestable sobre antebrazos”

Además de mostrar madurez en control de cabeza, se apoya en los antebrazos, ya los músculos antigravitatorios del tronco y el cuello extienden la columna dorsal elevándola de la base. También indica el inicio de las reacciones de enderezamiento del tronco.

Hito B6: “Gira sobre su cuerpo fácilmente”

El peso lo carga en un lado del cuerpo, hombros y pelvis se alinean siguiendo la cabeza.

Evalúa un primer desplazamiento mediante la reacción asociada de la cabeza y los miembros del mismo lado, mientras el peso carga al otro lado del cuerpo. Indirectamente evalúa la intención de mirar con un objetivo.

Control de cabeza y tronco – Marcha

Hito C1: “Puesto de pie extiende las piernas”

Por reacción de enderezamiento (André Thomas – Sainte – Anne Dargassies) desaparece entre el primer y el segundo mes (Abasia).

Verifica una reacción temporal refleja de enderezamiento e indirectamente parálisis o hemisíndromes.

Hito C2: “Parado no sostiene el peso de su cuerpo”

Astasia de A. Thomas (Se ha adelantado de 3 meses a 2 meses). Evalúa la extinción normal de un movimiento reflejo.

Hito C5: “Comienza a pararse”

Se apoya sobre sus piernas, sobre la falda de su madre o cualquier parte pero muy poco tiempo. Illingworth, André Thomas, Coriat, Castillo, Koupernik, Gessell (6 meses). Kaplan y Alberta (7 meses). (Se adelantó de 6 meses a 5 meses)

Evalúa el primer estadio de la bipedestación; indirectamente denota hemisíndromes o paraplejías.

Hito C10: “Camina apoyándose en las cosas”

Se desplaza cogiéndose de muebles ó pared. Koupernik, Illingworth, Conaii (12 meses) Shirtey y Castillo (11 meses) Fleming y Alberta (9 meses). Evalúa el primer estado de la marcha.

Hito C12: “Camina solo con pobre equilibrio. Piernas separadas”

Son los primeros pasos independientes y por pocos instantes. Beyley, Alberta, Castillo, Koupernik, (12 meses) Fleming y Shirley (15 meses) Gessell (14 meses) Illingworth (13 meses).

Evalúa además de la marcha el Sistema propioceptivo vestibular en forma ya completa.

Hito C18: “Corre”

Alberta y Koupernik (15 meses). Gessell (24 meses). La carrera es generalmente algo intencional y no errático como puede ser alguna marcha en el Retardo Mental.

Uso de brazo y mano

Hito D1: “Aprieta cualquier objeto colocado en su mano”

Reacción primaria de prehensión palmar (Koupernik). Evalúa también defectos motores.

El Grasping Reflex es muy vigoroso en el recién nacido y desaparece a los 2 meses (Baruk 1946), mientras se instala el movimiento cortical se le puede estimular el dorso de la mano, se abre la mano y lo coge por contacto (Koupernik).

Hito D3: “Manos abiertas, abre brazos ante objetos”

Primer intento de sujetar un objeto. Aún incapaz de coger un objeto, puede agitar los brazos como marionetas; ya tiene esta iniciativa ideo-motriz (Baruk 1946) (Galverson 1931).

Hito D4: “Une sus brazos en línea media y toma un objeto con ambas manos”

Se dan componentes como la aproximación y la prehensión en forma simétrica, voluntaria y simultánea (Koupernik).

Hito D6: “Coge un objeto en cada mano”

Primer indicio de diferenciación de cerebros derecho e izquierdo.

Es ahora un niño asimétrico voluntario, la acción sobre agonistas y antagonistas de una mano, no determina en forma brusca una preponderancia sobre el accionar de la otra mano.

Hito D8: “Pinza índice – pulgar torpe”

Coge los objetos pequeños entre el pulgar y el borde lateral de la última falange del dedo índice. Se da un mejor desarrollo de la coordinación activa de las percepciones propioceptivas, cinestésicas y de las exteroceptivas visuales, aún la sinergia entre extensores y flexores es imperfecta.

Hito D11: “Pinza fina”

Entre la yema del pulgar y la del índice, no se la lleva a la boca para informarse (A. Thomas) sino que la explora, acto cortical que lo diferencia del mono (Koupernik).

Hito D15: “Mete un frijol en un frasco”

La mayor discriminación en el manipuleo la provoca el hurgar y palpar objetos pequeños, ahora ante un objeto grande y otro pequeño, prevalece el combinarlos, porque se ha mejorado la percepción de continente y contenido; por ello el niño toma el frijol con pinza fina y lo introduce en un frasco (A. Thomas – Gessell).

Hito D18: “Hace torres de tres cubos”

Ya tiene la capacidad de emplear su dotación motriz para adecuadas finalidades constructivas básicas, usa coordinación motriz, aún no hay razonamiento; es más imitación de una construcción, la hace de cualquier modo.

Hito D21: “Hace torres de cinco cubos”

La evalúa la percepción de las relaciones espaciales para construir una torre (Terman).

Hito D24: “Hace torres de siete cubos”

Denota la maduración, en el dominio de las relaciones espaciales, así como el dominio en la dimensión vertical (Deane).

Hito D30: “Hace puente de tres cubos”

Es la primera construcción que imita, luego podrá hacer otras espontáneamente.

La forma geométrica del cubo nos ayuda a provocar formas más complicadas de utilización.

CUBOS: Se ha elegido los cubos clásicos porque:

El manejo o la utilización de ellos evidencia la capacidad de emplear su motricidad para adecuadas finalidades constructivas. Según Gessell los cubos crean una oportunidad para examinar la adaptabilidad a la acción, prehensión, fijación ocular, coordinación motriz en combinación con el juicio.

Visión

Hito E1: “Frunce el ceño y rechaza con parpadeo la luz intensa”

A pesar que en el niño de 1 mes no existen reflejos de acomodación. Mc Graw refiere que hacia la sexta semana se empiezan a instalar reflejos de acomodación a la distancia y de convergencia. Un paso previo a ello es la sensibilidad a la luz (reflejo fotomotor) observado en todo niño con función visual indemne, mediante este reflejo, el niño cierra los ojos o frunce el ceño como desagrado al estímulo nociceptivo en que se constituye la luz intensa. La ausencia de este reflejo, nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa. (Gessell, Fleming, Koupernik).

Hito E2: “Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90 grados”

La persecución ocular se perfecciona a las seis semanas (Mc Gunnis, 1930). El lactante percibe y fija la vista en los objetos que están en un radio de 30-40 cm (fleming), aún no existe coordinación y puede haber estrabismo. El grado de seguimiento se da en 90°, debido a que aún no hay total coordinación de movimientos oculares y del polo cefálico. Esta maduración se ve mejorada cuanto más estímulos tenga el niño (Langwothy 1933) (Gessell, Fleming, Koupernik).

Hito E3: “Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180 grados”

La persecución ocular está adquirida a los 3 meses (Gessell, 1940, Morgan 1944), cuando ya está madura la fijación, acomodación, y el control cefálico, es por ello que el niño sigue el objeto con movimiento completo de cabeza en sentido horizontal (180) (Amiel Tyson, Gessell, Koupernik, Fleming).

Audición

Hito F1: “Detiene sus movimientos al oír un sonido”

La percepción auditiva está presente desde la etapa fetal, al reflejo de Moro del recién nacido, que se da ante ruido o movimiento, prosigue esta acción más madura, el detener la acción ante el sonido “contemplación del ruido” (Gessell, Fleming, Pretchl, CLAMS).

Hito F3: “Voltea al oír el sonido de la campana”

Gracias a que se ha completado el desarrollo del control cefálico, al escuchar sonidos, el niño es capaz de detener sus movimientos y contemplar el sonido, para luego buscar la fuente en forma horizontal (Koupernik, CLAMS, Fleming).

Hito F6: “Localiza, diferencia y reacciona ante diferentes sonidos con movimientos completos de cabeza”

El niño es colocado la mayor parte del tiempo en posición de sentado, poco a poco va dominando el control de tronco, por ello es capaz de movilizar la cabeza en cualquier dirección para orientarse al sonido (Coriat, Fleming, CLAMS).

Lenguaje comprensivo

Hito G1: “Sonríe con la voz de su madre”

El niño puede oír desde la vida fetal, es por ello que se halla acostumbrado al tono de voz materno, es a ella a quien primero identifica y puede sonreírle en un periodo primigenio de la “Asimilación Cognitiva” descrita por Piaget, la cual en el transcurso del segundo mes se hará general en relación a todo rostro en movimiento (Fleming).

Hito G5: “Reconoce su nombre”

El niño ha aprendido que determinada palabra (su nombre o como se le llame ej.: bebé) es sólo dirigido hacia él, y voltea hacia el que la emite en una primitiva comprensión de su “yo” (Fleming).

Hito G6: “Comprende “upa”, “ven”, “chau”.

A los seis meses el niño es capaz de percibir cambios de mímica, significado de expresiones, inflexiones y reaccionar ante ellos, aprende a asociar el referente a las palabras que oye, aunque no comprende estructuras individuales comienza a tener un sentimiento para la acción (Kaplan). El desarrollo de un repertorio de referentes significativos es crucial para el desarrollo del lenguaje de los niños (Lucas 1980) y empieza a esta edad. Además aprende

que la comunicación con los otros es recompensante (generalmente sus respuestas son celebradas), (Bloom, Snow, Launay, Buehler 1930).

Hito G9: “Comprende el “no”

El niño reacciona ante el “no” dejando la acción que estuvo realizando, el desarrollo del significado del “no” está relacionado al estímulo materno, el niño aprende así, que no siempre se obtiene lo que se desea; recibiendo recompensas positivas pero también negativas para su acopio de significantes internos (Kaplan).

Hito G11: “Responde a una orden simple e identifica objetos”

El niño ya ha adquirido a los 10 meses un buen vocabulario interno de objetos comunes (si ha sido estimulado correctamente), y a partir de esta edad el control del juego asir-soltar se hace automático, el niño se anima a soltar porque puede y quiere hacerlo, y aprende a dar recibiendo, el niño que logra esto estará bien preparado para los intercambios que comprenden las relaciones humanas.

Hito G18: “Distingue entre tú y yo”

El niño podía reconocer mejor los nombres de las personas hasta esta edad, es a partir de los 18 meses que el niño reconoce el sentido de posesión “mío” excluyendo para esto todo lo demás, a partir de este sentido empieza a tener el concepto de ser una persona distinta a las otras personas (quien es tú y quien yo), aunque aún no los use en su lenguaje cotidiano (lo hará entre los 24-27 meses) (Spitz). Comienza la humanización del niño, la conciencia de “sí mismo” y del otro. La familia especialmente la madre influye notablemente en la consideración de los demás.

Hito G21: “Comprende dos órdenes sencillas consecutivas: Recoge el cubo y dámelo”

A esta edad la comprensión es mucho más extensa, deja de ser puramente afectiva (voz, entonación, mímica) pasa a ser simbólica y siempre se relaciona a situaciones, puede obedecer órdenes un poco más complejas (2 consecutivas) (Monfort), ahora comprende códigos del lenguaje oral.

Hito G24: “Comprende tres órdenes: “Siéntate, quítate los zapatos, y dámelos”

La comprensión del lenguaje se va haciendo más compleja, el niño empieza a obedecer órdenes, 3 consecutivas, en relación a su evolución simbólica y lógica matemática que le hace entender la secuencia de la orden.

Hito G30: “Pasa páginas, elige figuras del libro y las nomina”

El niño es capaz de pasar las páginas de un libro de una forma coordinada y llevar la secuencia de mirar de forma ordenada, estableciendo de esta forma el paso previo requerido para el desarrollo de la atención y concentración preparatorias para la lecto escritura. El lenguaje simbólico ha evolucionado, el niño es capaz de traducir su información (lenguaje interno) sobre algo concreto a un esquema impreso en una página. Su nivel de lenguaje es ahora una herramienta funcional. Es un hito multifuncional.

Lenguaje expresivo

Hito H1: "Llora por una causa: Hambre, Frío, Sueño"

Las primeras realizaciones fonéticas del niño no tienen contenido semántico diferenciado, el grito o el llanto forman parte del comportamiento motor y sus variaciones dependen del tipo de reacción como forma de expresar su disconformidad o conformidad, poco a poco esto irá modelando su tolerancia a la frustración, sobretodo en aquello que le retira, hasta que al 2º trimestre es capaz de sólo mirar extrañado ante alguna privación (Coriat, Launay).

Hito H2: "Emite sonidos o "agú" cuando se le habla"

El niño en este periodo realiza juegos vocálicos guturales. La lengua en este periodo tiene movimientos indiferenciados, en ocasiones se pega al paladar y al realizar actividades de deglución-fonación, puede llegar a producir los fonemas /g/, /k/. Conforme se va desarrollando el analizador auditivo y la percepción de las reacciones de su entorno, el niño juega con estas emisiones y las une a las vocales /a/, /o/, /u/ que son las primeras que obtiene, y aparece el /goo/ o /agú/. Su entorno (padres, hermanos, etc.) responde a estas emisiones con imitación produciendo un feed back de imitación, a través de ello el niño "conversa", especialmente cuando se le incita cara a cara este, intercambio preludia la imitación de sonidos emitidos por el adulto (Brunet). El niño sospechoso de déficit intelectual o el poco estimulado tiene estos procesos retrasados. (Bouton 1976, Ombredane)

Hito H5: "Se repite a sí mismo y en respuesta a los demás: ta – ta – ta"

Conforme madura el Sistema Nervioso Central aparecen movimientos más complejos e individuales de los músculos de control del habla, los juegos vocálicos y guturales se ven ahora modificados por el ejercicio de la lengua y labios contra dientes, que hacen que el niño los prefiera, los use en períodos de bienestar, cuando esta solo empieza a unir cadenas de sílabas de /d/-/a/-/d/-/a/-/d/-/a/-/p/-/a/-/p/-/a/-/p/-/a/, etc. (reflejo circular de Baldwin).

Pichón afirma que es una actividad lúdica, en la cual el niño goza con el funcionamiento de sus órganos. Cuando la madre o el cuidador busca responder al niño, se establece un nuevo feed-back; el niño emite el sonido y lo repite por imitación vocal (Guillaume). Piaget sitúa este estadio en el inicio de la formación de símbolos en el niño (Ombredane, Baldwin, Coriat).

Hito H7: "Dice "pa-pa", "ma-ma" a cualquier persona"

El niño ha aprendido condicionadamente que las personas reaccionan ante determinado grupo de sílabas dobles " pa-pa", "ma-ma", y las emplea ante los demás, adquiriendo un valor simbólico, el niño busca un diálogo e imita realmente el sonido del adulto y para buscar este diálogo es capaz de usar sílabas dobles para llamar la atención del adulto. (Coriat, Brunet, Fleming).

Hito H10: Dice "papá" y "mamá"

La emergencia de palabras coincide con el final de la maduración de los pasos relacionados al control motor y del lenguaje, (punto culminante de la maduración sensorio motriz de Piaget)

y en el que el desarrollo de la imitación llega a la función semiótica o simbólica, según Mc Carty (1952) las primeras palabras en aparecer son sílabas dobladas (pa-pa, ma-ma). Gracias a las silabaciones no diferenciadas y el feed back con los cuidadores, el niño reconoce por unión palabra-objeto, quién es “papá” y quien “mamá” y los llama sólo a ellos por esos nombres sin equivocarse, lo cual no sucede en el niño con deficiencia auditiva, en quien el balbuceo y silabeo no es unido al objeto por no oír sus fonemas ni el “eco” que producen éstos en los que lo rodean, este es el inicio de la etapa lingüística, la primera utilización simbólica del lenguaje (Fleming, Coriat, Peterson).

Hito H12: “Dice dos palabras sueltas además de “papá” y “mamá”

La aparición del lenguaje formal va desarrollándose a partir de los 12 meses, cuando se culmina la maduración sensorio motriz y simbólica, en esta etapa, el niño utiliza sus emisiones fonéticas ligadas a situaciones específicas y en relación a las secuencias del lenguaje adulto. Cuando el niño puede producir palabras aunque el objeto no esté en su presencia, se habla del estadio holístico (simbolismo verdadero), esta etapa se corresponde con la primera aparición del estadio piagetano más temprano de desarrollo simbólico (Bloom 1970).

Una vez condicionada esta primera relación, actúa la repetición recíproca (el niño imitando a la madre y ésta al niño) modelándose la producción primitiva (jerga) hasta tener la palabra exacta. Estas primeras palabras son evidentemente sustantivos pero estos, como refiere Newman, generalmente están relacionados a deseos y necesidades adquiriendo calidad de “verbos”; mientras el niño no madure, esta etapa se verá retrasada. (Monfort, Wallon, Bouton)

Hito H18: “Palabras frases “mamá teta”

La emergencia del lenguaje se debe a capacidades generales que maduran hacia los 18 meses y hacen posible el lenguaje, las primeras palabras usadas para expresar deseos, como “verbos” (a pesar de ser sustantivos), se unen a otros sustantivos en una frase (frase holofrástica, monorema o palabra frase), y son la expresión de una toma de posición unitaria frente a un contenido de conciencia (una unidad de pensamiento = unidad de oración), es la expresión de una idea única, más o menos compleja, constituyéndose como una frase gramaticalmente correcta. (Launay).

Hito H24: “Dice oraciones simples: “mamá vamo calle”, “mamá quiero pan”

Después de los 2 años empieza a desarrollarse la sintaxis, el aumento del léxico se hace de un modo extraordinario, el niño empieza a emplear 2 o 3 de ellas juntas, el vocabulario se hace más preciso y las estructuras sintácticas se acercan poco a poco a las normas adultas gracias a los procesos de corrección del lenguaje por feed-back fonético, semántico y sintáctico, poco a poco el niño va induciendo una gramática a partir de las regularidades de la muestra de frases producidas por los adultos, es el marco de inicio para la evolución del pensamiento sensorio motor hacia el pre-operatorio (alrededor de los 3 años). Al inicio, el niño usa palabras semánticamente “llenas”: sustantivos, verbos, adjetivos, y deja de lado la palabras nexos “vacías”: preposiciones, conjunciones haciendo una especie de abreviación del modelo adulto, la significación gramatical depende de la entonación, gestos y mímicas,

en su mayoría de veces expresan deseos, emociones, pero ya se incorporan al lenguaje los comentarios sobre persona u objetos. Poco a poco irá incorporando las palabras vacías, según su maduración progrese. (Guillaume, Launay, Brown, Berko, Piaget, Fraser).

Comportamiento social

Hito I1: “Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado”

En este momento (1 mes) el niño se halla en la etapa de ejercicio de los reflejos innatos iniciando las adaptaciones sensorias motrices básicas, de manera que sus modos emocionales son muy simples pero importantes porque son las primeras reacciones ante otros. El reaccionar positivamente a las comodidades y satisfacciones brindadas por otros indica también que el niño es capaz de tranquilizarse traduciendo ello ausencia de irritabilidad cerebral (Brazelton, Fleming).

Hito I2: “Sonríe ante cualquier rostro”

Es el primer intento de establecer una relación con otro ser humano y puede haber determinismo genético en ello; al inicio el niño puede sonreír ante dos puntos colocados como ojos en un papel; después lo hace a los ojos de la madre.

La conducta social se va desarrollando, antes sólo sonreía ante su madre o en ocasiones gástricas como actividad mecánica, refleja y no como organización intelectual superior (Asimilación Generalizadora), en relación a lo que le producía satisfacción corporal, en el segundo mes, es capaz de imitar una sonrisa, (asimilación reconocitiva) sonríe como contestación a los demás y vocaliza en ocasiones de acercamiento social (Spitz, Piaget); evidentemente el niño que sonríe se gana el estímulo y mayor aprecio y con ello se retroalimenta para progreso ulterior, es un conducto de acercamiento social.

Hito I3: “Responde diferentemente a la voz molesta y a la voz alegre”

Continúa el niño en la etapa de adaptaciones sensorio motrices elementales. La maduración de la percepción del habla se hace evidente a los 3 meses y si la integridad de las vías y de la corteza existe, el niño se da cuenta del tono de las voces familiares y se irrita o calma según ellas, sobre todo con la voz de la madre. Ante una ambigüedad el niño puede examinar la expresión del rostro de los padres y de acuerdo a ello modificar su conducta.

Hito I6: “Toca su imagen en el espejo”

El niño se encuentra en el periodo de reacciones circulares primarias. El tocar su imagen en el espejo, sin percatarse aún que él descubre y repite algo interesante sin estar todavía orientado. Después el niño se da cuenta de que una imagen unidimensional reflejada puede ser animada a voluntad. Es el inicio de la separación del “Yo” y del “No Yo”. (Klein y Hendrick).

Hito I8: “Llama o grita para establecer contacto con otros”

Se halla en el período de adaptaciones sensorio motrices intencionales y las reacciones circulares son secundarias; se percata de que ciertos actos devienen en resultados por lo que sabe que si llama o grita otra persona reparará en él.

Esta es la etapa crítica en el desarrollo de la capacidad de producir sonidos, es el inicio de la reorganización de los mecanismos de fonación articulación y audición. Utiliza su aparato bucofonador para relacionarse con los demás modulando sus expresiones vocales en el volumen que le sea útil para llamar la atención. Tiene la necesidad de establecer contacto y de ser comprendido por su entorno, busca dinámicamente aún en fase egocéntrica de su desarrollo emocional, selecciona a las personas de referencia y se niega a los contactos que no desea.

Hito I11: “Imita gestos”:

Período de reacciones circulares secundarias o adaptaciones sensorio motrices intencionales. La maduración del aparato bucofonador se hace paralelo al control de la mímica facial gruesa y de la coordinación óculo-manual, el niño es capaz pues, de imitar pequeñas gracias o gestos que le son enseñados por los demás.

Las reacciones circulares se dirigen hacia elementos exteriores al cuerpo. Comprende que la otra persona desea que él imite y asocia sonrisa social. Al inicio el niño reproduce gestos por azar, y lo hace para seguir llamando la atención y después los usa para comunicarse.

Hito I12: “Ofrece un juguete”

La etapa es de coordinación de esquemas, ya no sólo repite esquemas de acción para conseguir hechos interesantes sino que busca metas conocidas y las aplica a situaciones nuevas, también comienza a prever los hechos de modo que al ofrecer un juguete lo hace para que el receptor le ofrezca una respuesta; el juego es una importante forma de contacto social infantil.

Un gesto muy extendido a esta edad es la de ofrecer un juguete a la persona con la que quiere entablar una relación. La respuesta de aceptación o rechazo no afecta en lo más mínimo al niño que ofrece el objetivo, pues este gesto es una manera de iniciar una relación interpersonal, con lo más preciado que tiene, “sus” juguetes. (Hurting y Rondal, 1978. Citado en Silvestre). “El niño se anima a soltar, porque puede hacerlo neurológicamente hablando y porque quiere hacerlo y aprenderá a dar, recibiendo. Este niño, ya está bien preparado para los intercambios que entrañan las relaciones humanas”. (Coriat).

Hito I15: “Come en la mesa con los demás”

Corresponde a la etapa de descubrimiento de nuevos medios por experimentación activa. El comer en la mesa junto a los demás se ha colocado como hito para ver si el niño es ya capaz de establecer una relación compleja con los demás que deviene de su capacidad a tal edad de conseguir conductas instrumentales.

Hito I18: “Imita tareas simples de la casa”

El niño se halla en proceso de desarrollo de su inteligencia representativa, ya no ejecuta tanteos sino que observa y luego procede o ejecuta hasta alcanzar el resultado deseado. Al ejecutar por imitación tareas del hogar está ejercitando esta fase cognoscitiva y comienza a percatarse del contenido social de ejecutar tareas hogareñas y se generan decisivos mecanismos de Feed Back para su desarrollo.

Hito I24: “Desenrosca un tapón para mirar dentro”

En la misma etapa cognoscitiva, el niño puede ya resolver algunos problemas por deducción simple pero aún con el refuerzo de la demostración; el desenroscar un tapón para mirar dentro determina también que el niño comprende que para conseguir un objetivo tiene que seguir determinados pasos.

Hito I30: “Intenta enroscar”

La acomodación se va diferenciando por los tanteos, él dirige y controla mejor sus acciones. Experimenta conductas nuevas con una precisión razonada. La etapa sensorio motriz ya le está dando habilidades suficientes en la maduración de la destreza precisa. Existe ya la inteligencia reflexiva o representativa.

Alimentación vestido e higiene

Hito J1: “Chupa”

Una vez nacido, el niño debe luchar por su existencia con ayuda de la naturaleza y de quienes le atienden, debe coordinar adecuadamente sus diferentes funciones fisiológicas, este proceso de autoalimentación se inicia con lo básico: es capaz de chupar, aunque a veces se equivoque de dirección al tragar (Gessell). La ejercitación de este reflejo primitivo hace que el niño pueda modificarlo según las características de cada situación (succionar biberón, succionar de diferentes posiciones, etc.).

Hito J5: “Lleva a la boca algo que se le ponga en la mano”

El llevar a la boca algo colocado en la mano del niño implica que este debe haber desarrollado un suficiente patrón prehensil y suficiente patrón mano-boca mediante reacciones circulares primarias. El hito evalúa la presencia del primer acto funcional de alimentarse.

Hito J6: “Bebe del vaso con ayuda”

La coordinación orofacial del niño a esta edad le permite beber de algún vaso que se le acerque a la boca.

Hito J11: “Come con las manos en el plato”

Consigue metas por medios conocidos; el patrón mano-boca es adecuado para coger con la mano los alimentos y llevarlos a la boca sin derramarlos. Además comienza a interiorizar que los platos son para comer.

Hito J12: “Forcejea hasta sacarse los zapatos”

Aunque no distingue su esquema corporal de lo externo a él, imita las costumbres, afinando su praxia. Aplica esquemas conocidos a situaciones y persigue metas e interioriza la posibilidad de retirarse prendas.

Hito J18: “Avisa sus necesidades”

Ya acepta y comprende el uso del bacín e inicia la primera solicitud directa de cuidados en razón de la transformación de la inteligencia sensorio motriz a la reflexiva.

Hito J21: “Intenta quitarse prendas inferiores”

El trata de sacarse el pantalón, imitando lo que su madre le hizo muchas veces, su esquema corporal se va fijando en este tipo de ejercicios (Picq-Vager), utilizando ya con más libertad miembros superiores.

Hito J30: “Se pone alguna ropa”

Ha estructurado operativamente las funciones cognoscitivas y las praxias de vestido se afinan en la repetición-aprendizaje de esta actividad, como una acción social básica que colabora a su independencia.

Juego

Hito K3: “Juega con sus manos”

A los tres meses, el niño es capaz de llevar sus manos a la línea media, como si se tratara de objetos del exterior y al hacerlo, descubre algo diferente que tiene movimiento y lo puede aprehender con los ojos, y este es un elemento cognoscitivo y libidinal que utilizará a través del juego. Esta etapa es el inicio de las imbricaciones visuales y propioceptivas que le permitirán identificar el mundo, es así mismo el inicio del aprendizaje del YO – NO YO (Gessell), es por ello que pasa muchos momentos del día mirándose las manos y jugando con esto, esta actividad desaparece rápidamente conforme el niño, empieza a mirar otras partes de su cuerpo y llevárselos a la boca, a mirar los objetos a su alrededor; persistiendo en niños psicóticos y de los asilos. (Koupernik – Gessell – Spitz).

Hito K4: “Lleva los juguetes a la boca”

Durante el primer año de vida, el medio de contacto para que el niño se relacione con el mundo exterior es la boca, gracias a que sus sentidos se hallan más desarrollados a nivel de mucosa oral. Durante este período “incorporan” buena parte de su mundo circundante a través de la boca, (Freud) asimismo, el niño que aprendió a llevarse juguetes y manos a la boca, repite estas actividades pues le producen placer esta “reacción circular primaria” (Piaget).

Hito K5: “Juega con sus manos y pies”

La mano, que al comienzo fue descubierta como un objeto móvil, a causa del desarrollo de la prehensión, se convierte en una herramienta con la cual descubrir el mundo, es así, que descubre el resto de su cuerpo y sus pies, gracias al mejor control del tronco y de las rotaciones (Gessell).

Hito K6: “Coge objetos y repite secuencialmente el golpe”

A los siete meses, aparece el juego convencional, el niño coge el juguete y es capaz de pasar o de una mano a otra y golpearlo contra las superficies con la finalidad de probar el sonido

y el movimiento del mismo. El niño siente un placer extraordinario en golpear los juguetes, para hacerlos sonar y experimentar con el sonido (Gessell).

Es una especie de entrenamiento como todo lo que repite para aprender mecanismos de identificación y proyección.

Hito K8: “Lanza objetos a cierta distancia y disfruta con el sonido”

El Grasping de Recién Nacido lo ha acompañado hasta ahora que por fin afloja la contracción de sus flexores, enriqueciendo la forma de jugar, inicia tal vez su conducta agresiva, empieza a tener noción de tiempo y espacio con ayuda de vista y oído.

Al juego exploratorio del niño se le adiciona la capacidad de coordinar sus movimientos para soltar los juegos a voluntad coordinadamente, con un tipo tosco de abandono prensorio, esta forma de arrojar, lleva a formas más coordinadas de arrojamiento, con la práctica, experimenta diferentes efectos y sonidos, “Reacción circular terciaria”; esta actividad le agrada y pasa a ser su actividad principal en este período. Este juego de arrojar objetos también es un ejercicio para la visión, puesto que el niño al seguir con los ojos la caída está ejercitando también la percepción de distancia, acomodación y convergencia ocular. (Gessell, Piaget).

Hito K11: “Sujeto de la mano empuja la pelota con el pie”

El gesto de arrojar objetos a cierta distancia se hace efectivo ahora con el dominio de los pies, en la progresión céfalo caudal del desarrollo, el niño a esta edad puede dominar y disociar el movimiento de un miembro inferior, y se divierte con el impulsar la pelota con los pies, de la misma forma como lo hacía con las manos (Koupernik).

Hito K15: “Arrastra juguetes”

Es el inicio del juego animista, el niño deja de tratar un juguete como si fuera un objeto cualquiera, le concede pues, un valor simbólico; asimismo, es capaz de coordinar la tracción y entender que puede tirar de él para hacerlo caminar (Gessell).

Hito K18: “Defiende su juguete”

Dentro de la etapa del juego animista, el niño ha aceptado ese objeto como algo que le produce placer, con lo que puede jugar, y se niega a dejarlo pues “le pertenece”.

Hito K21: “Juega con otros niños”

El niño es capaz de hacer un juego en paralelo, está con otros niños, tolera su presencia entre los juguetes, les sonrío, copia actitudes jugando igual que ellos, pero aún pelea a veces, pues no le interesa la actividad de los demás a no ser que sea para arrebatarle los juguetes que él necesita, no comparte las cosas pues hasta los 2 años el niño tiene un sentido muy personal de la propiedad, siempre está más dispuesto a recibir que a dar, como consecuencia de su inseguridad hacia sí y los demás en relación a las cosas, él considera que no debe ceder voluntariamente lo que le pertenece y es de su propiedad (Freud).

Hito K30: “Juego social: Sabe esperar su turno”

A partir de los 2 años el niño puede hacer juego social, es capaz de entender que si otro coge las cosas es de “préstamo”. Es capaz de aceptar ideas de otros para lograr algo mejor. A partir de este juego social, el niño desarrolla, aprende y descubre las ventajas de la cooperación (Freud), (Bromfennbrner 1979).

Concibe el desarrollo humano y por tanto el afectivo y social dependiente de los sistemas multipersonales de la interacción, que no sólo se limita a un entorno, sino a 2 ó más sistemas (hogar, escuela, barrio, trabajo de los padres).

Inteligencia y aprendizaje

Hito L1: “Demuestra estar atento”

En el recién nacido la actividad motora está al mínimo pero está listo para responder y recibir (Prechtl, Brazelton); principalmente va a ejecutar reflejos, al mes atiende manifiestamente a las sensaciones de bienestar gástrico puede atender a ciertos estímulos; se inmoviliza y se interesa al contemplar un rostro generalmente de la madre; ello es el punto inicial de todas sus futuras capacidades, percepción, sociabilidad, postura, inteligencia y lenguaje. La inatención puede ser indicador precoz de deterioro de los sentidos o de la inteligencia. (Gessell).

Hito L2: “Al contacto con un objeto abre y cierra la mano”

El ejercicio de los reflejos va a evolucionar la prensión, lo que se comienza a reflejar hacia los 2 meses asociando el comienzo de la iniciativa ideomotriz y el cese del grasping. El niño abre y cierra voluntariamente la mano en una reacción circular primaria al sentir el contacto de un objeto con ella (Piaget).

Hito L3: “Se alegra cuando le van a dar el pecho”

El uso de las reacciones circulares coincide con la aparición de los primeros hábitos.

Al tercer mes el niño aprehende con los ojos, asociando lo visual y lo sonoro.

Como el primer período cognoscitivo es esencialmente oral, (Hartmann, Lowenstein) y como el mamar el pecho le produce satisfacción, progresivamente se da cuenta mediante los sentidos, la inteligencia y la creación de engramas (recuerdos) que se acerca el momento de alimentarse al percatarse de palabras y gestos “claves” que va aprendiendo a reconocer y a recordar.

Hito L6: “Mira cuando cae un objeto”

Aún no distingue bien entre las acciones y las metas pero el interés está dirigido más al resultado de los actos y no a la actividad misma. Lo anterior asociado con la madurez óculo motora que permite seguir trayectos o le permite comprender que hay trayectos pre-definidos y que el objeto es permanente, permite así mirar un objeto que cae.

El niño disfrutará con ése descubrimiento hasta que a los 8 meses (Gessell), se da cuenta de que él puede ser el ejecutor al madurar su presión.

Hito L9: “Encuentra objetos ocultos”

Anteriormente, el objeto que desaparecía de la vista del niño dejaba de existir para él y al ejecutar esta prueba se obtenía una respuesta de frustración. En esta etapa (coordinación y ampliación de esquemas) el niño concede existencia propia a los objetos y al medio circundante; si a través de la tela puede ver la forma del objeto, puede evocarlo y buscarlo, o si ve una parte de él. Demuestra por tanto que el niño comprende la permanencia en el medio de los objetos que quedan fuera de su vista. (Permanencia del objeto de Piaget. Aunque el niño todavía “no deduce”, tiene una expectativa, que es el comienzo de prever lo que va a suceder.

Hito L10: “Busca el juguete en la caja”

Como el niño ya no se circunscribe a simples repeticiones ya persigue metas que alcanzará por medios conocidos y aprendidos, tiene expectativas, evoca y representa mejor los objetos aunque no lo vea, sí puede buscar el objeto escondido en una caja, usando patrones combinados de esquemas conocidos aunque no se vislumbre, aunque vea levemente.

Hito L11: “Explora su juguete”

Durante el segundo semestre, el juego se amplía y enriquece, se hace menos motor y más inteligente, el niño deja de simplemente hacer producir un sonido con el juguete golpeándolo, a ser capaz de analizar el objeto complejo que tiene ante él, poco a poco esta exploración logra la identificación de lo que representa y el objeto pasa a ser el compañero de juego. (Gesell). El niño está haciendo esfuerzos para conocer las particularidades de los objetos y eludir los obstáculos que encuentre, los explora y dirige su atención sobre varios objetos que él comienza a distinguir.

Hito L12: “Hace garabatos”

La praxia para coger un lápiz aparece alrededor del primer año y madurará poco a poco hasta llegar a la escritura formal; en esta etapa el niño imita y garabatea cada vez con más ardor, pero el dibujo aún se halla en fase sumamente motriz (Gesell). Sin embargo, el uso del lápiz es el inicio de la escritura y del arte, ahondando el abismo entre el animal y el hombre; se debe aceptar que la inteligencia es por naturaleza y no de grado.

Hito L15: “Identifica figuras de objetos comunes”

Recién desde los 12 meses comienza a madurar en el niño la capacidad de distinguir una imagen en un papel, incluyendo la distinción de colores; se desarrolla la inteligencia representativa o reflexiva y el niño ya puede tocar una imagen en un papel, luego señalará con el dedo y él será quien las denomine. Esto se relaciona con la estimulación del entorno y varía según las diferencias culturales (Gesell). Esto separa al hombre del animal y permite apreciar elementos de organización del mismo.

Hito L18: “Utiliza un objeto para alcanzar otro”

En esta etapa, el niño es capaz de coordinar esquemas conocidos y aplicarlo a ciertas situaciones, así, si el niño está interesado por algún objeto alejado de él, sobre una tela cuyo extremo

está a su alcance, sabrá coordinar el esquema conocido de tirar la tela con el otro esquema de acción que es coger y secuenciarlos en el tiempo para lograr el resultado perseguido, hay pues en ello, no solo la clara intencionalidad sino la capacidad de usar conocimientos previos de forma coordinada para alcanzar una finalidad en situaciones nuevas (Piaget). Es una etapa evolutiva más avanzada en donde él trata de salvar un obstáculo para resolver una dificultad. Estos datos que le da su percepción, son el inicio de una conducta inteligente entre sus medios y su meta.

Hito L30: “Coloca los aros en orden de tamaño”

A esta edad la inteligencia se caracteriza por la combinación mental de esquemas aprendidos y por la resolución deductiva de algunos problemas; al colocar los aros en orden de tamaño evalúa también la capacidad de observación y la elección de alternativas.

Dentro de la continuidad de las adquisiciones sensorio motoras, el niño que experimenta con objetos empieza a agrupar y a clasificar objetos según semejanzas, al final de este periodo, logra una seriación de tamaños por lo cual puede agrupar y colocar los aros en orden de tamaño.

El niño hace combinaciones de experiencias interiorizadas, que le permiten hacer relaciones entre los objetos con cierto tipo de representación mental, lo que le ayudará a resolver problemas por deducción, que es el comienzo de la representación y en este caso de los aros, evidencia una etapa más avanzada de su percepción espacial.

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑOS DE 3 Y 4 AÑOS

1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

El instrumento para evaluación del desarrollo del niño de 3 y 4 años es el test abreviado o pauta breve, es una simplificación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor para niños de 0 a 24 meses (EEDP) y el Test de Desarrollo Psicomotor para la niña y el niño de 2 a 4 años (TEPSI).

El Test consta de 55 ítems, los 45 primeros corresponden al EEDP y evalúa 4 áreas (Lenguaje, motricidad, coordinación y social), los 10 ítems restantes corresponden al TEPSI y evalúa 3 áreas (Lenguaje, coordinación y motricidad).

2. MANEJO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

- El niño debe estar acompañado preferentemente por sus padres o adulto responsable quién proporcionará la información pertinente.
- La niña o el niño deben ser evaluados despiertos y sanos y en un ambiente carente de distracciones.
- Es conveniente explicar a padres o adulto responsable de su cuidado los objetivos de la prueba para obtener su mejor colaboración.
- Todo estímulo o manipulación del niño por el evaluador debe ser realizado con suavidad y sin incomodarlo.
- En caso de utilizar material de evaluación, debe ser mostrado al niño únicamente cuando vaya a ser usado y debe ser retirado de su vista cuando ya no sea necesario.
- Se evitará apartar bruscamente al niño de alguna actividad interesante para él; para someterlo a otra prueba; se evitará también presionarlo para que responda antes de que esté listo para hacerlo. La rapidez con que se administre la prueba deberá adaptarse al temperamento del niño y a la experiencia del evaluador.

3. MATERIALES PARA LA EVALUACIÓN:

Los materiales necesarios para evaluar el desarrollo del niño de 3 y 4 años se presentan en el siguiente listado:

MATERIAL	CANTIDAD
Cubos de madera de 2.5 cm. de lado , de color rojo	10
Cucharita de plástico de 19 cm. de largo de color vivo	01
Campanilla de bronce.	01
Argolla roja de 12 cm. de diámetro con un cordel de 50 cm. de largo.	01
Pastilla polivitamínica	01
Frasco transparente de 4 a 4.5cm de largo x 4cms de diámetro.	01
Pañal de tela, color blanco, de 20 x 30 cm. aprox.	01
Lápiz de cera	01
Palo de 45 cm. de largo x 1cm.s de diámetro sin color.	01
Lámina con dibujo de una muñeca	01
Tableros de madera de 10 x 10 cm. de lado (rojo, amarillo y azul)	03
Lápiz sin goma	01
Estuche de tela de 15 x 10 cm. con tapa, 2 ojales y 2 botones	01
Hoja de papel blanco	01
Láminas con dibujo de una cruz, círculo	02
Láminas con dibujo de animales	01

4. EVALUACIÓN:

- De acuerdo a la edad cronológica, aplique todo los ítems que se encuentran consignados en el protocolo, el mismo que se encuentra incluido en la historia clínica.
- La evaluación del desarrollo se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:
 - » **SI:** Cuando la niña o el niño ha logrado la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.
 - » **NO:** Cuando la niña o el niño NO ha logrado la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.
 - » **EP:** En proceso, cuando la niña o el niño no ejecuta totalmente la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.

5. LLENADO DE LA FICHA (Ficha incluida en la historia clínica Anexo N°1)

El llenado de la ficha se realizará de la siguiente manera:

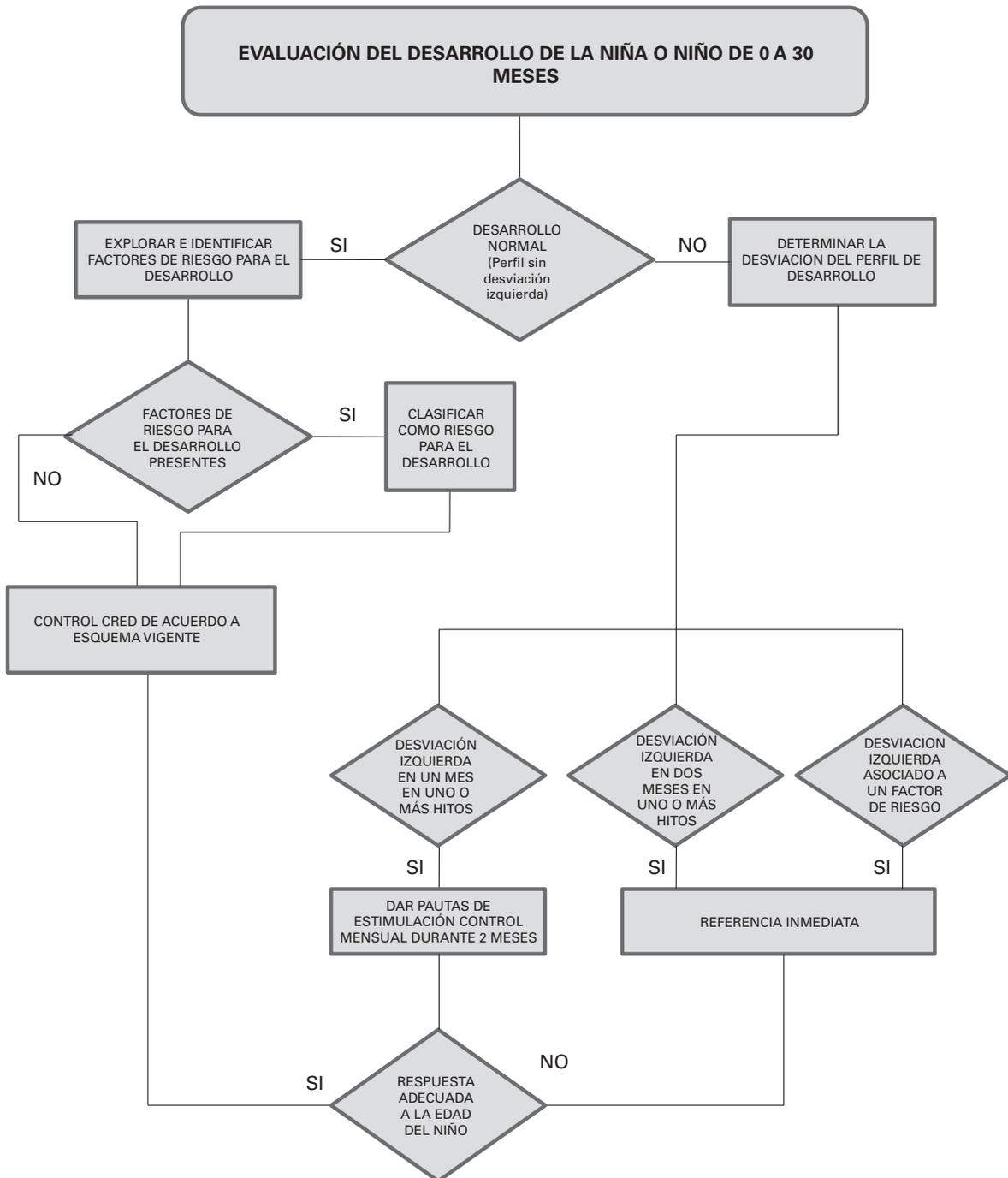
- a. Registrar el Nombre de la niña o niño y el N° Historia Clínica según corresponda.
- b. Registrar los resultados de la evaluación en los casilleros de la cuarta columna de la ficha según corresponda a cada conducta evaluada en cada edad. (Si, No o EP)

6. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

Normal (N): Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Déficit (D): Cuando una o más de las conductas evaluadas en la niña o niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO



Anexo N° 10

PAUTAS DE ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES

Estimulación temprana consiste en proporcionar al niño(a) las actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, temprana curiosidad, y desarrollo integral, adecuados a su entorno familiar. Las actividades generan confianza en los padres, al interactuar con su hijo(a), y de esta manera fortalecen su autoestima.

Consideraciones generales

- Las recomendaciones deben considerar el contexto socio económico y cultural de la familia.
- Hacer demostraciones prácticas y asegurarse de la comprensión de los padres a través de la re – demostración.
- Utilizar fotografías para graficar las indicaciones o recomendaciones.
- Satisfacer todas las dudas de los padres.
- Se sugiere que las actividades se realicen diariamente o por lo menos tres veces a la semana
- Preferentemente deben participar ambos padres o adultos que son responsables del cuidado de la niña o niño.
- No se deben realizar ejercicios después de ingerir alimentos.
- En caso de que el niño(a) no quiera realizar la actividad, no forzar la situación.
- Acompañar las actividades con canciones, rimas y juegos.
- Festejar los logros.

Actividades para niñas y niños de 0 a 28 días:

- Abrigarlo de tal manera que pueda moverse sin limitaciones
- Con ambas manos, utilizando las yemas de los dedos, efectuar masajes circulares sobre la cabeza del bebé, ejerciendo ligera presión, procurar cubrir toda la cabeza incluyendo la frente.
- Con ambas manos, recorriendo toda la cabeza del bebé, ir dando pequeños golpes con las yemas de los dedos simulando como si cayeran gotas de agua o como si se tocara el piano en su cabeza; procurar cubrir toda la cabeza incluyendo la frente y la región lateral hasta sus oídos.
- Ofrecer juguetes de un lado y del otro de la cara para que gire la cabeza.
- Ayudar a controlar la cabeza acostándolo con el pecho apoyado en una toalla o cobija enrollada (o sobre el vientre de la madre) mientras se le enseñan juguetes de colores llamativos.

- Mecerlo suavemente entre dos personas, acostado boca arriba sobre una sábana, manta o mecerlo sobre una hamaca.
- Darle masaje en brazos y piernas, de los hombros a las manos y de los muslos a los pies.
- Colocar un dedo en la palma de la mano del bebé para que al sentir el contacto la cierre, se puede colocar un sonajero para que lo sostenga brevemente.
- Frotarle suavemente el dorso de la mano, para ayudarlo a dar palmaditas y a que acaricie su rostro
- Cantarle canciones de cuna cuando se va a dormir.
- Cuando llore, atender a sus llamados
- Pedir a los padres que le hablen con voz suave mientras le dan de lactar, lo bañan o lo cambian
- Imitar las vocalizaciones del bebé. Si el bebé hace sonidos como “a-aa”, repetir frente a él lo mismo, exagerando un poco.

Actividades para niñas y niños de un mes de edad:

- Acercarle una hoja de papel y apoyarla suavemente en su rostro para que voltee por sí mismo la cabeza.
- Por momentos, acostarlo boca abajo. Estando boca abajo, presionarle suavemente los costados de la columna, bajando desde el cuello hacia la cadera y nunca en sentido contrario.
- En los momentos en que no duerme, y está en la cama o cuna, colocar una barra con diferentes elementos que le llamen la atención (de colores brillantes o que hagan algún sonido).
- Fabricar un móvil y colocarlo al alcance de la vista del bebé (aprox. a 30 cm.), para que lo mire y agite sus brazos.
- No dejarlo sólo o sola por mucho tiempo, colocarlo de manera que esté semi-sentado (a), y pasearlo, para que mire y escuche a quien lo carga.
- Mostrarle un objeto de color vivo, moverlo desde el lado izquierdo a la línea media, y repetir el movimiento del lado derecho.
- Pasearlo en brazos, moviéndose suavemente y permitiéndole observar el medio ambiente.
- Hablarle de frente (cerca de su cara) y moverse hacia un lado y luego hacia el otro, observando si le sigue con la mirada.
- En momentos de vigilia, sonreírle, hablarle, acariciarlo.

Actividades para niñas y niños de dos meses de edad:

- Colocar sobre el centro de la frente del bebé los dedos pulgares y con un movimiento simultáneo deslizarlos hacia los lados ejerciendo ligera presión al efectuarlo.
- Repetir el ejercicio anterior en las mejillas, colocando los dedos al lado de la nariz.
- Siguiendo las indicaciones del ejercicio anterior, efectuar debajo de la nariz en los labios partiendo del centro como si marcara los bigotes.

- Efectuar el mismo movimiento en el mentón del bebé llevando los dedos pulgares en forma circular siguiendo el contorno de la cara.
- Tomar el pabellón de la oreja del bebé entre los dedos índice y pulgar suavemente, no ejercer presión y efectuar movimiento circular acariciando todo el pabellón.
- Con la niña o niño en decúbito dorsal, tomarle ambas manos y colocárselas en el pecho. Llevar un brazo hacia el costado extendiéndolo sobre la mesa y posteriormente regresarlo. Alterne ambos brazos.
- Colocar un dedo en su mejilla a la altura de su boca, para que el niño(a) lo busque y lo succione.
- Tomar las muñecas del bebé con sus pulgares en la cara anterior, y los índices en la posterior, efectuar círculos con los pulgares ejerciendo ligera presión al efectuarlos y deslizándolos por la muñeca en ambas caras.
- Siguiendo los mismos lineamientos para el masaje en las muñecas, se continúa el ejercicio dando masaje en las palmas y en el dorso de las manos.
- Tomar con la yema de los dedos pulgar e índice uno de los dedos de la mano del bebé desde su base y deslizar los dedos hasta la punta efectuando un movimiento de tracción al final. Efectuar el mismo ejercicio con cada uno de los dedos.
- Vestirlo cómodamente, dejando sus manos libres para no impedir las sensaciones que pueda recibir a través de ellas.
- Pedir a los padres que acudan a los llamados de atención del bebé (llantos y gritos) para crear un lazo de confianza, comunicación y seguridad.
- Hacerle diferentes sonidos de un lado y otro para que voltee la cabeza.
- Provocarle emisiones vocales por medio de cosquillas y caricias.

Actividades para niñas y niños de tres meses de edad:

- Hacer masaje de cuello, tórax y brazos colocando al bebé boca arriba con el tórax y brazos descubiertos.
- Tomar la cabeza del bebé colocando las manos a los lados de los oídos, permitiendo que los dedos queden en las mejillas. Efectuar movimiento de derecha a izquierda y viceversa, como si el bebé estuviese diciendo que "NO"; posteriormente efectuar el movimiento de adelante atrás y viceversa como si dijera que "SI".
- Colocar una mano en el hombro del bebé cruzando el pecho, del hombro hacia el costado opuesto, repetir con la mano contraria como si trazara una "X".
- Colocar las yemas de los dedos en el centro del pecho del bebé y deslizando los dedos suavemente, trazar un corazón en el pecho del bebé; platicar con él y decirle cuánto se le quiere.
- Con una toalla áspera y una torunda o brocha, recorrer inicialmente el cuerpo del bebé con la toalla, friccionando ligeramente y nombrando cada parte "brazo, mano, pecho, pancita, piernas, pies"; etc., posteriormente realizar lo mismo pero pasando la brocha o torunda, procurando hacer "cosquillas".
- Siguiendo los mismos lineamientos para el masaje en las muñecas, se continúa el ejercicio dando masaje en las palmas de las manos y en el dorso.

- Tomar con la yema de los dedos pulgar e índice uno de los dedos de la mano del bebé desde su base y deslizar los dedos hasta la punta, efectuando un movimiento de tracción al final. Efectuar el mismo ejercicio con cada uno de los dedos.
- Pasear al bebé en brazos para que se sienta protegido, y sin obstáculos de visión, para introducirlo en el mundo.
- Combinar otros sonidos (sonajas, música) con la voz de los papás para que vaya distinguiendo las voces.
- Hablarle de frente para que observe la boca; no importa lo que se le diga, lo importante es que escuche la voz y dirija la mirada a quien le habla.

Actividades para niñas y niños de cuatro meses de edad:

- Con la niña o niño en decúbito dorsal, tomarle ambas manos y colocarlas en el pecho, utilizando un solo lado llevar el brazo hacia el costado extendiéndolo sobre la mesa y posteriormente regresarlo al centro. Alternar ambos brazos.
- Tomar una mano del bebé y colocarlo en el hombro cruzando el pecho hacia el lado opuesto, repetir con la mano contraria como si se trazara una "X".
- Estirar los brazos del niño con suavidad.
- Flexionar las piernas en forma alterna, iniciar ejercicios de pedaleo como si fuera "bicicleta".
- Motivarlo para que dé palmadas sobre la mesa.
- Guiarlo a mover las manos para dar palmadas en el agua especialmente al momento de bañarlo.
- Darle un pedazo de esponja, para que la apriete y suelte cuidando que no la lleve a su boca.
- Hacer bolsitas bien cosidas de diferentes telas con rellenos diversos (frijol arroz, paja, alpiste, etc.) para que el bebé pueda agarrarlos y sentir diferentes texturas y peso.
- Sentarlo con ayuda frente a un espejo para que se mire.
- Al cambiarlo o bañarlo, decirle por ejemplo, "levanta la pierna" y al mismo tiempo levantársela. Hacer lo mismo con diferentes partes del cuerpo.
- A esta edad el bebé grita para llamar la atención. Responda a su llamado para motivarlo a que continúe comunicándose.
- Hacerle sonidos con juguetes sonoros de un lado y otro de la cara para que voltee a buscarlos, si estira la mano, dele el juguete.

Actividades para niñas y niños de cinco meses de edad:

- Darle masaje en la espalda.
- Colocarlo boca abajo sobre una toalla o cobija enrollada, con las piernas flexionadas, mostrarle un juguete para que intente tomarlo hasta que quede apoyado en una sola mano.
- Sentarlo por más tiempo dándole un buen apoyo.
- Acostado boca-arriba, flexionarle los miembros inferiores y ofrecerle las manos para que tomándose de ellas sea él quien haga fuerza para sentarse.

- Darle un sonajero de mango largo y no demasiado grueso para que lo pueda sostener con comodidad en la mano.
- Ponerle a su alcance argollas o algún otro juguete similar, éstos pueden ser fabricados de forma casera, asegurarse que el material utilizado sea inocuo.
- Tomar un objeto que le llame la atención y tratar de que el bebé lo siga con la vista mientras lo mueve lentamente de arriba hacia abajo, de derecha a izquierda, aléjelo y luego acérquelo hasta ponerlo en contacto con el mismo (puede ir disminuyendo el tamaño de éstos).
- Como ya comienza a interesarse por objetos que están lejanos, colocar un móvil al pie de su cama. Llevarlo de paseo y mostrarle cosas que no estén muy cercanas.
- Taparle la cara con un trozo de tela y esperar a que se lo quite, luego tapar la cara de la madre, padre o de la persona que esté efectuando los ejercicios y animarlo a que se la quite.
- Cargar al niño y acercarle la cara para que la observe.
- Llamarlo por su nombre en un tono cariñoso
- Emitir sonidos “maaa,”paaa” “beee” para que intente imitarlos.

Actividades para niñas y niños de seis meses de edad:

- Acostar al niño(a) boca arriba sobre una superficie cómoda, doblarle la pierna izquierda a la vez que se le extiende la derecha, manteniendo los brazos pegados al cuerpo, impulsarlo a voltearse hacia el lado de la pierna estirada, ayudarlo a sacar el brazo que le queda debajo del cuerpo al voltearse (hacer lo mismo con la pierna contraria).
- Acostarlo boca abajo sobre una colchoneta para que comience a arrastrarse, apoyando con las palmas de las manos en las plantas de los pies del bebé para que se impulse y avance.
- Ayudarlo a sentarse un momento apoyado en sus manos. Aplaudirle si lo logra.
- Estando sentado inclinarlo lentamente hacia adelante para que apoye sus manos en reacción de defensa.
- Cuando la niña o niño está sentado darle un cubo u otro juguete irrompible para que pueda golpear con ellos sobre la mesa.
- Ofrecerle una galletita para que se la lleve a la boca y que comience a realizar movimientos de masticación.
- Antes de cargarlo, estirar los brazos hacia él mientras se le llama y esperar a que imite el movimiento
- Acercarle el rostro y permitir que lo observe y que lo explore con sus manos.
- Repetir balbuceos (ba ba ba, da da da...) y observar si el bebé trata de imitarlos, festejarlo si lo logra
- Hablarle y cantarle cuando esté despierto, para estimularlo.

Actividades para niñas y niños de siete a nueve meses de edad:

- Acostado boca-abajo sobre una toalla o cobija enrollada, poner un juguete que le guste mucho del otro lado de la toalla, pañal o la cobija para que pase por encima y lo busque.

- Acostado boca-abajo pasarle una chalina o pañal ancho por el vientre para levantarlo y colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a esa posición de gateo.
- Acostarlo boca-arriba y estimularlo a que gire a la posición boca-abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia el lado donde se dará la vuelta.
- Darle dos diferentes objetos, (cubos, sonajas, etc.) para que los sostenga en cada mano. Darle uno por vez.
- Aventarle una pelota grande y hacer que la arroje con sus manos.
- En un frasco de boca ancha, de plástico o caja adornado con colores vistosos poner, caramelos, cubos pequeños o bloques, etc. y dárselo para que intente abrirlo.
- Ofrecerle objetos que pueda lanzar sin problema. A esta edad le divierte aventar cosas y que otra persona las recoja.
- Esconder y aparecer pronto de lugares que estén a la vista del bebé.
- Ofrecerle una caja con una abertura, dejar que meta la mano y objetos pequeños.
- Observar qué juguetes le gustan más y dejarlo jugando un ratito solo con éstos.
- Jugar con él (ella) a decir adiós y mover la mano al mismo tiempo para que imite el gesto. Hacer lo mismo con otras expresiones.
- Hablarle de lo que está haciendo, usando un lenguaje claro y expresivo.
- El niño(a) comenzará a hacer sonidos para llamar a otras personas, acercarse cuando lo haga para acostumbrarlo a comunicarse por medio de sonidos y no sólo de gestos. Pedir a los padres que lo hagan en casa permanentemente.
- Acostumbrarlo a llamarlo por su nombre sin usar diminutivos o apodosos que lo confundan.

Actividades para niñas y niños de diez a doce meses de edad:

- Colocarlo en posición de gateo y empujarlo suavemente hacia delante, hacia atrás y hacia los costados. Dejarlo gatear para que adquiera fuerza en brazos y piernas.
- Ayudarlo a pararse apoyado en los barandales de la cuna o de otro mueble estable, ponerle un juguete en el suelo de la cuna o el piso para que se agache y lo recoja.
- Ayudarlo a dar sus primeros pasos tomándolo de ambas manos, luego de una sola mano.
- Hacerlo permanecer un rato de pie sin tomarse de nada.
- Darle objetos pequeños que pueda tomar con sus dedos índice y pulgar (pasitas u otro alimento en pequeños trocitos). Cuidándolo para que no vaya a tener algún accidente, como ahogarse si se lo come.
- Construir una barra de madera donde se puedan colocar aros para que el niño(a) los quite uno por uno.
- Permitirle hacer garabatos o rayones en hoja de papel y con una crayola.
- Enseñarle a respetar espacios tratando de que juegue siempre en un lugar de la casa y no dejando sus juguetes por todos lados. Esta edad es un buen momento para empezar a crear hábitos como, guardar sus juguetes.
- Arrojarle una pelota y dejar que la persiga y la devuelva.
- Provocar ruido con diferentes objetos (llavero, cuchara revolviendo algo) para llamar la atención de la niña o niño y permitir que asocie el sonido con el objeto correspondiente.

- Ofrecer y pedir objetos comunes (comida, juguetes) para practicar el “toma y dame” y que inicie la comprensión de órdenes sencillas.
- Preguntarle ¿dónde está papá? (o nombres de personas u objetos familiares) para que él trate de buscar lo que se le pide, tratar de repetir la última palabra.
- Poner canciones infantiles y cantar procurando que imite.
- Pedir a los padres realizar el sonido de un animal cuando lo vea (miau, guau...) e insistir hasta que lo repita, acompañando con la expresión “el perro, el gato hace.....”.

Actividades para niñas y niños de trece a quince meses de edad:

- Tomar al bebé de ambas manos y bailar con él, dando pasos hacia los costados y hacia atrás.
- Llamarle desde atrás cuando la niña o niño camine, para que al escuchar la voz se detenga y gire su cuerpo.
- Parado, empujarlo suavemente hacia atrás, hacia delante y hacia los costados, para fortalecer su equilibrio en reposo.
- Ayudarlo dándole la mano para que camine sobre una banca larga, cuidando que no se caiga, para que pueda ejercitar su equilibrio.
- Sentarlo sobre una mesa u otra superficie plana, mostrarle cómo poner un cubo sobre otro, darle dos o tres cubos y motivarlo para que los apile.
- Amarrar una cuerda a un juguete o un aro de color o una pelota, mostrarle que los puede jalar o aventar.
- Darle pequeños objetos que pueda guardar en una caja, para que luego los saque.
- Permitir que juegue libremente con agua, tierra o arena. Darle recipientes para que los llene y vacíe.
- Explicar a los padres que la niña o niño va a querer ayudar en labores de la casa, darle un trapo o dejarlo que acomode platos en la mesa aunque tarde un poco más en esta actividad.
- Dejarle a la mano libros con ilustraciones llamativas para que los hojee libremente.
- Darle cosas para estimular el soplado (velas, bolitas de algodón, de papel...).
- Mostrarle al niño(a) varios objetos comunes y pedirle que le vaya señalando de uno por uno. Por ejemplo: ¿Dónde está la taza? o ¿Cuál es la muñeca?
- Cuando nombre o pida algo, repetir la palabra clara o pausadamente para que oiga cómo se dice correctamente.
- Al escuchar música, jugar con palos o algún instrumento para que siga el ritmo de ésta. Entusiasmalo para que intente cantar al compás de la misma.

Actividades para niñas y niños de dieciséis a dieciocho meses de edad:

- Permitir que suba y baje de sillas y sillones, darle sillas pequeñas para que aprenda a sentarse solo.
- Ayudarlo a que camine sobre una banca larga, para que pueda equilibrarse cada vez mejor al caminar.

- Como ya empieza a subir escalones, cuando lo haga, permitir que se apoye en la pared o en el pasamano con una mano, y sostenerlo de la otra mano, aunque no alterne pies.
- Jugar a cualquier actividad en la que él (ella) deba correr, por ejemplo, arrojar una pelota para que vaya a buscarla.
- Darle tres cubos y estimularlo a que haga una torre de tres cubos.
- Ponerle una hoja en blanco grande, y realizar un trazo horizontal, luego pedirle que en el mismo papel trace uno igual.
- Para que trabaje con ambas manos darle a pelar un plátano
- Pedirle que desenvuelva un dulce.
- Enseñarle a quitarse los zapatos.
- Permitir que empiece a comer él solo, usando la cuchara. Tener paciencia, ya que al principio se ensuciará.
- No sólo prohibirle lo que es peligroso, sino que es necesario explicarle el por qué y además tratar de distraerlo con otra actividad.
- No forzarlo a jugar con otros niños(as), respetar los ratos que quiera jugar solo.
- Pedir a la madre que cuando tienda o doble la ropa, ponga algunas prendas y preguntarle ¿Cuál es tu pantalón?, si no lo encuentra, ayudarlo para que vaya reconociendo sus pertenencias.
- Acompañar con gestos las órdenes que se le den. Por ejemplo: "Vamos a comer" y a la vez señalarle su plato sobre la mesa.
- Decirle versos o canciones cortas que vayan acompañadas de gestos. Cuando diga sólo la última sílaba de una palabra, repetir el nombre completo de lo que quiso decir.
- Preguntarle ¿Cómo te llamas? o ¿Tú quién eres? Y si aún no dice su nombre, decírselo en forma clara y pausada para que lo repita.

Actividades para niñas y niños de diecinueve a veintidós meses de edad:

- Es importante que observe cuando un adulto suba y baje escaleras, y que además se ejercite para subir, apoyándose de la pared o del pasamanos.
- Enseñarle a caminar hacia atrás, haciendo que se apoye en los pies de usted y camine para que sienta la seguridad de apoyo.
- Para ayudarlo a caminar cada vez con más equilibrio, darle juguetes pequeños y solicitarle que los lleve a su lugar (muñecos pequeños, pelotas, plato y taza irrompibles).
- Jugar a patear una pelota.
- Ayudarlo a estar en cuclillas por momentos.
- Darle un frasco de plástico con una tapa de rosca, y estimularlo a que lo destape.
- Ofrecerle un rompecabezas de tres piezas, donde pueda unir la cabeza con el cuello o con el tronco.
- Poner frente al niño(a) una hoja de papel y darle un crayón, hacer un trazo horizontal y pedirle que imite el trazo.
- Ayudarlo a ensartar cuentas medianas de 3 ó 4 cm de diámetro de tal manera que pueda pasar un hilo a través de ellas.

- Enseñarle y alentarle para que poco a poco se desvista solo. Ponerle ropa cómoda para que pueda quitársela fácilmente.
- Fomentar que avise si está sucio, si aún no lo hace, marcarle este hecho para que poco a poco empiece a hacerlo.
- Durante el baño, darle dos tarros o vasos de plástico para que pase agua de uno a otro. Hacer lo mismo en otros momentos con frijoles, arroz, etc.
- Enseñarle a repartir objetos, por ejemplo, darle unas galletas y solicitar que las reparta diciendo el nombre de cada una de las personas que estén presentes “ésta es para papá, ésta es para...”
- Si aún usa gestos para pedir las cosas, repetir “dame pan” o “mira el perro”. Es posible que todavía no lo repita así, pero hay que insistir en juntar dos palabras.
- Pedir a los padres que al bañarlo nombre y señale las partes del cuerpo para que lo vaya conociendo.
- Cuando le pase algo, tratar mediante preguntas que cuente lo que sucedió.
- Poner en una caja varios juguetes u objetos (un carrito, una muñeca, un vaso, etc.) y hacer que nombre lo que va encontrando, si no sabe cómo se llama alguno, ayudarlo nombrándolo para que repita el nombre.

Actividades para niñas y niños de veintidós a veinticuatro meses de edad:

- Jugar a agacharse y pararse rápidamente varias veces sin que se caiga.
- Seguir motivándolo a que suba y baje escaleras, cerca de la pared o el pasamanos para que pueda detenerse si pierde el equilibrio. El padre o la madre debe estar presente hasta que pueda hacerlo con seguridad.
- Ayudarlo a practicar a “pararse de puntas de pie”, por ejemplo colocando un juguete algo elevado para que al querer tomarlo se estire y pare de puntas.
- Cuando ya tenga más equilibrio, desde el primer escalón, enseñarle a saltar, siempre en presencia de un adulto.
- Permitir que ayude a doblar la ropa, ayudarle si es necesario, después darle papeles para que los doble por la mitad.
- Jugar a poner cajitas o cubos uno sobre otro, ya debe apilar más de 4.
- Poner una hoja de papel sobre la mesa, enfrente, darle un crayón y estimularlo a que haga garabatos en círculos.
- Durante el baño, darle envases de plástico y tacitas para que pueda pasar agua de un recipiente a otro.
- Enseñarle a distinguir las cosas frágiles (vasos, platos etc.) para que aprenda a manejarlas con más cuidado.
- Si no quiere prestar sus cosas a otras personas no obligarlo, pues está en edad de defender sus pertenencias (ahora ya las reconoce).
- Facilitarle muñecos con los que pueda dramatizar (bañar, pasear, alimentar, etc.).
- Darle juguetes sencillos que pueda usar estando solo, sin necesidad de que otra persona le explique cómo funcionan.

- Evitar dejar preguntas sin contestar para que no vaya a perder el interés por hacerlas.
- Enseñarle cuentos con dibujos llamativos para que empiece a nombrar ilustraciones
- Ayudarlo a construir oraciones de 3 palabras completando con la palabra que le falta. Por ejemplo si dice: "perro come" hacerle decir "el perro come".

Anexo N° 11

GUÍA PARA BRINDAR PAUTAS DE CRIANZA Y CUIDADO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Higiene

Consideraciones Generales:

- El tema de higiene debe ser tratado desde el primer contacto y de manera permanente con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño.
- El contenido educativo de las sesiones de consejería y/o demostración debe estar orientado a fortalecer las prácticas adecuadas y modificar las inadecuadas y deberán guardar coherencia con el nivel educativo, contexto socio cultural (temor, creencias, supersticiones) de los padres, tanto si el abordaje es individual o grupal.

Contenidos sugeridos:

- Frecuencia y tiempo de baño. (intervalos, duración, temperatura del agua, procedimiento, horario, etc.)
- Utensilios de higiene y baño. (Tipo de jabón, champú, recipientes y otros)
- Baño durante la enfermedad.
- Limpieza de cara, ojos, oídos, boca, cabeza, manos y uñas. (material e instrumentos utilizados, frecuencia etc.)
- Higiene de genitales.
- Higiene de boca y dientes.
- Sueño.
- Control de esfínteres.
- Vestimenta del niño de acuerdo a la edad (uso de pañales).

Prevención de accidentes

Consideraciones Generales:

- Los accidentes son un problema importante en salud pública y en su mayoría prevenibles. No son eventos fortuitos y están asociados a factores predecibles basados en la edad, el sexo, la hora del día, la estación del año, entre otros.
- Las lesiones por accidentes en su mayoría son causadas por: caídas, intoxicaciones, alergias e irritaciones, quemaduras, incendios, explosiones, electrocución, asfixia respiratoria, golpes y heridas.
- El niño aprende por experiencias basadas en ensayo y error, repetición, imitación, causa-efecto.

- El niño disfruta de las actividades físicas.
- El niño sobreestima sus habilidades por tanto puede realizar acciones inseguras más allá de sus posibilidades.
- El niño vive en ambientes diseñados para adultos.

Contenidos sugeridos:

- Riesgo de dejar a los niños solos o con personas no competentes para el cuidado (hermanos menores, abuelitos, personas discapacitadas, etc.)
- Temperatura del agua para el baño, temperatura de los alimentos.
- Riesgo del uso de aditamentos en la ropa de la niña o niño (imperdibles, lazos, botones, broches, corchetes, etc.).
- Importancia del uso de aditamentos de seguridad en muebles (barrotes de cunas sillas)
- Uso de andadores, coches, corralito etc.
- Riesgo del acceso a objetos pequeños (bolitas, botones, canicas, semillas, etc.)
- Acceso y protección de agujeros pequeños, ranuras, tomacorrientes, etc.
- Riesgos del acceso a bolsas de plástico, papel, etc.
- Riesgos del acceso a cables eléctricos, cuerdas, aparatos eléctricos, muebles inestables, objetos punzo cortantes (cuchillos, hojas de afeitar, navajas, cortaúñas, etc.), sustancias tóxicas (cosméticos, lejía, detergentes, combustible, fósforos, etc.).
- Acceso y protección de fuentes de calor (calefactores, cocina, chimenea, braseros, fogones, planchas, etc.), utensilios de cocina (ollas y sartenes con contenidos calientes etc.).
- Acceso y protección de depósitos de agua (piscinas, cilindros, baldes, etc.)
- Acceso a lugares peligrosos en el hogar, escuela, parques y otros espacios (escaleras, ventanas, balcones, toboganes, desniveles, etc.)
- Riesgo de juguetes peligrosos por el tamaño, cubierta de pintura, material, estado de conservación, etc.
- Uso de cinturones, sillas de seguridad y otras medidas de seguridad en vehículos.
- Educación vial, reglas de tránsito, etc.

Patrones de crianza

Consideraciones Generales:

- La crianza es el medio por el que los padres socializan a sus hijos, moldeando su personalidad por, lo tanto este proceso estará en función a las creencias, conductas, temores y expectativas de los padres o adultos responsables del cuidado del niño.
- La crianza tiene dos facetas: las prácticas disciplinarias y la calidad de afecto y cuidado que los padres promueven en la relación con su niño. (aceptación-rechazo, control psicológico-autonomía psicológica y control indulgente-control firme).

Contenidos sugeridos:

- Importancia de la estabilidad familiar y los riesgos del cambio de patrones de crianza (periodos de crisis familiar, divorcio, pareja nueva, etc.).
- Importancia de la participación del padre en el cuidado de la niña o niño y los roles sexuales.
- Riesgos y beneficios de la transmisión intergeneracional de pautas o técnicas de crianza.
- Técnicas para el manejo y control de situaciones de estrés.
- Importancia de la calidad del tiempo dedicado al cuidado de niñas y niños. Manejo y el empleo de la madre.
- Importancia de la oportunidad de identificación de situaciones que requieren ayuda profesional.

Anexo N° 12

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN Y REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN
Control del recién nacido	RN Controlado	2	<ul style="list-style-type: none"> * Historia Clínica * Registro Diario de atención. * Registro de recién nacidos - egresos 	<p>100% de recién nacidos esperados.</p> <p>Programar de acuerdo a la responsabilidad de cada sub sector (MINSA/Región, EsSalud, Sanidad y otros)</p> <p>La meta debe ser coherente con el número de partos esperados (institucionales y los partos domiciliarios atendidos por personal de salud).</p> <p>Considerar el padrón nominal de gestantes como base para el calculo de la meta por cada sub sector.</p>
Control del crecimiento y desarrollo del niño de 29 días hasta los 11 meses 29 días.	Niño menor de 01 año controlado	11		
Control del crecimiento y desarrollo del niño de 12 meses hasta los 23 meses 29 días.	Niño de 1 año controlado	6		
Control del crecimiento y desarrollo del niño de 24 meses hasta los 35 meses 29 días.	Niño de 2 años controlado	4	<ul style="list-style-type: none"> * Historia Clínica * Registro Diario de atención 	<p>100% de niños y niñas de 29 días hasta 59 meses 29 días.</p> <p>Programar por cada grupo de edad, de acuerdo a la responsabilidad de cada sub sector (MINSA/Región, EsSalud, Sanidad y otros).</p> <p>Considerar el padrón nominal como base para el calculo de la meta por cada grupo de edad y sub sector.</p>
Control del crecimiento y desarrollo del niño de 36 meses hasta los 47 meses 29 días.	Niño de 3 años controlado	4		
Control del crecimiento y desarrollo del niño de 48 meses hasta los 59 meses 29 días.	Niño de 4 años controlado	4		

Anexo N° 13

AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO MÍNIMO PARA REALIZAR EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Sala de espera. Espacio que se utiliza para toda consulta externa, el mismo que cuenta con dimensiones, muebles y equipo de acuerdo a la categoría del establecimiento de salud. En las salas de espera colocar equipos de ayuda audiovisual a fin de difundir información útil para los padres, así mismo se recomienda publicar información relacionada al cuidado integral del niño en paneles debidamente ordenados, contar con material escrito puesta al acceso del público en general.

Consultorio. El mismo espacio físico que se utiliza para la atención integral del niño debe estar localizado preferentemente en la planta baja y de fácil acceso al público, tener como mínimo un espacio de 12 m² con buena iluminación y ventilación, libre de ruidos, también debe estar libre de muebles, objetos u otro material innecesario que podría interferir con la atención. Con instalaciones sanitarias (lavadero) e instalaciones eléctricas.

Mobiliario, equipo, material médico, material de escritorio y educativo mínimo:

- Escritorio
- Sillas (3)
- Mesa para examen.
- Mesa auxiliar (coche de curaciones)
- Vitrina metálica para instrumental.
- Tachos para desechos con tapa a pedal (2)
- Dispensador de jabón.
- Dispensador de papel toalla.
- Balanza pediátrica de platillo y de plataforma
- Infantómetro y tallímetro.
- Cinta métrica para medidas antropométricas.
- Baterías para evaluación del desarrollo según el instrumento usado.
- Batería de estimulación.
- Estetoscopio pediátrico
- Linterna para examen médico tipo lapicero.
- Pantoscopio
- Martillo de percusión.
- Lámpara cuello de ganso.
- Escalinata de 2 peldaños.
- Tambor de acero quirúrgico

- Riñoneras.
- Termómetro clínico
- Bajalenguas
- Hisopos de algodón
- Papel toalla.
- Jabón líquido.
- Soluciones antisépticas
- Algodón, gasa y esparadrapo.
- Bolsas para desechos según norma.
- Formatos de registro, carné de AIS del niño, historias clínicas.
- Material educativo impreso (rotafolios, trópticos etc.)
- Guías y documentos técnico normativos.
- Material d escritorio (lapiceros, lápiz, borrador, plumones de colores etc.)
- Sábanas y campos de tela y material plastificado.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS ANTROPOMÉTRICOS

1. Balanza de mesa de uso pediátrico

- El equipo debe permitir la medición segura y adecuada del peso de niños recién nacidos y lactantes
- Debe estar fabricada en material metálico, tener protección antioxidante o equivalente.
- El equipo debe estar diseñado para trabajo frecuente
- La base del equipo debe ser sólida y estable y contar con mecanismo de ajuste de nivel
- Su sistema de calibración debe ser manual y de precisión adecuada.
- El equipo debe asegurar que durante el uso y entre pesaje y pesaje, no se descalibre.
- El diseño del equipo debe facilitar la limpieza y desinfección.
- El equipo debe contar con dispositivos en su diseño que no permitan que la niña o niño se caiga o resbale

2. Balanza de pie de uso pediátrico

- El equipo deberá permitir la medición segura y adecuada, así como la lectura, del peso de niños mayores de 2 años.
- Debe Estar fabricada en material metálico, tener protección antioxidante o equivalente.
- El equipo debe estar diseñado para trabajo frecuente
- El equipo debe contar con mecanismo de ajuste de nivel.
- Su sistema de calibración debe ser manual y de precisión adecuada.
- El equipo debe asegurar que durante el uso y entre pesaje y pesaje, no se descalibre.
- El diseño del equipo debe facilitar la limpieza y desinfección, así como su traslado.
- El equipo debe contar con una plataforma, con una superficie antideslizante, para que la niña o niño se pare adecuada y cómodamente.

3. Balanza modelo reloj colgante de uso pediátrico

- En el caso de balanza de reloj, ésta debe ser elaborada con materiales ligeros de fácil desplazamiento, ya que estos están destinados para oferta móvil.

4. Infantómetros y tallímetros

- Instrumento que se emplea para medir la longitud o altura de niñas y niños de acuerdo a edad. Este debe ser elaborado de acuerdo a los lineamientos establecidos para tal efecto.

Anexo N° 14

FORMATO DE INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

DEPARTAMENTO : _____

PROVINCIA: _____

DISTRITO: _____

MES: _____ AÑO: _____

I. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Z00.1)

Grupo de Edad	Controles											
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	Total
0 a 28 días												
29 días - 11 meses												
01 año												
02 años												
03 años												
04 años												
5 a 11 años												

El Grupo de EDAD de 5 a 11 años es un control por año

II. TAMIZAJE

	RN	6m	1a	2a	3a	4a	5-11a	Total
1. Tamizaje neonatal * (Z13.8)								
2. Descarte de Anemia (Z01.7)								
3. Descarte de Parasitosis (Z11.9)								

* Tamizaje neonatal : detección precoz de Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria y fibrosis quística.

III. ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES (Z29.8)

Grupo de Edad	Suplemento de Hierro (Z29.8)				
	1er Frasco	2do Frasco	3er Frasco	4to Frasco	5to Frasco
RN < 2,500 gr.					
6 a 11 meses					
12 a 23 meses					
24 a 35 meses					

Grupo de Edad	Vitamina "A" (Z29.8)	
	1ra Dosis	2da Dosis
6 meses		
1a (12 y 18 m)		
2a (24 y 30 m)		
3a (36 y 42 m)		
4a (48 y 54 m)		

Grupo de Edad	Zinc (Z29.8)
	Inicio
<6 meses	
7 meses a 11 meses	
1 año a 4 años	
5 años a 11 años	

Grupo de Edad	Suplementación con micro nutriente(Z29.8)											
	1ra Dosis		2da Dosis		3ra Dosis		4ta Dosis		5ta Dosis		6ta Dosis	
	I *	II °	I *	II °	I *	II °	I *	II °	I *	II °	I *	II °
6 a 11 meses												
12 a 23 meses												
24 a 35 meses												

* Solo se inicia la Suplementación de Micro nutrientes hasta el mes 30

I * PRIMERA FASE

II ° SEGUNDA FASE

IV. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Z39.1)

Niños con LME a los 6 meses

* Se registra solo al sexto mes

V. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

GRUPO DE EDAD	Riesgo Nutricional				Desnutrición Aguda E44.0		Desnutrición Crónica E45		Obeso (E66.9)				Normal (Z06)		
	Déficit		Exceso						Diagnosticado		Recuperado				
	Ganancia Inadecuada de Peso o Talla(Z72.4)				Sobre Peso P/T (E66.0)		DX		Rec.		P/T			IMC	
	P		T		P		T		P/T		P/T			IMC	
< 1 año															
1 año															
2 años															
3 años															
4 años															
5 a 11 años															

Dx : Diagnosticado

Rec : Recuperado

VI. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Grupo de Edad	"Déficit/Riesgo del Desarrollo (R62.9)"		Trastorno/Retraso del Desarrollo (R62.0)		Normal* (Z00.6)
	Diagnosticado	Recuperado	Diagnosticado	Recuperado	
< 1 año					
1 año					
2 años					
3 años					
4 años					
5 a 11 años					

VII. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (Z01.9)

Edad	Elaborado	Ejecutado
<1a		
1a		
2a		
3a		
4a		
5a		
6a		
7a		
8a		
9a		
10a		
11a		

"VIII. CONSEJERÍA NUTRICIONAL (99403)"

Edad	N°
<1a	
1a	
2a	
3a	
4a	
5a	
6a	
7a	
8a	
9a	
10a	
11a	

IX. ESTIMULACIÓN TEMPRANA (99411)

Edad	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Recien Nacido						
<1a						
1a						
2a						
3a						

X. ACTIVIDADES EXTRAMURALES, MASIVAS Y DE GESTIÓN

Actividades Extramurales y Masivas (U0040)				Actividades de Gestión (U0040)				
Unidad Medida	Visita Domiciliaria	Sesiones Demostrativas	Sesiones Educativas	Evaluación	Supervisión	Asistencia Técnica	Reuniones Técnicas	
	APP140 + 99344	APP140 + C0010	APP140 + C0009	APP100 + C7003	APP100 + C7003	APP140 + C7003	Personal de Salud	ACS
N° (actividades)							APP140 + C2001	APP138 + C003
Participantes								

XI. RECEN NACIDO (Libro de Atenciones)

Condición al Nacimiento	Lugar de Nacimiento		
	Establecimiento de Salud	Domicilio	Total
RN Normal			0
RN Deprimido			0
Total	0	0	
Prematuro			0
Peso al Nacimiento			0
< 2,500 gr.			0
2,500 a 3,999 gr.			0
4,000 y más gr.			0

RN bajo peso recuperados

Morbilidad del R.N.	N°
SDR (P22-P23 -P24.0)	
Asfisia Neonatal (P21)	
Sepsis neonatal (P36)	
Ictericia (P55-P58-P59-P56.0)	
Hipoglucemia (P70.4)	
Sífilis Congénita (A50)	
Hipotiroidismo Congénito (E03.1) (E03.9)	
VIH expuesto (Z20.6)	
Retinopatía de la prematuridad (H 35.1)	
Otros (Otros Relacionados)	
Total	0

Mortalidad Neonatal					
Tiempo de vida	N°	Peso al nacer	N°	Causas Defunción	N°
Óbito fetal		< 1000 gr.		Asfisia	
<24 horas		1000 a 1499 gr.		SDR	
1 a 7 días		1,500 a 2499 gr.		Sepsis	
8 a 28 días		2,500 y más gr.		Malformaciones Congénitas	
		No especificado		Otras	

XII. ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

A. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	Grupo de Edad					
	<29 días	29 d a 59 d	2 - 11 M	1-4 A	5 - 11 A	Total
1. Total de Casos de IRA (1.1 + 1.2)						
1.1 N° casos de IRA complicada (A+B+C)						
A. Neumonía complicada						
B. Neumonía no complicada						
C. SOBA o ASMA						
1.2 N° casos de IRA no complicada (A+B+C)						
A. Faringo amigdalitis purulenta aguda						
B. Otitis media aguda						
C. Resfrió, faringitis viral, bronquitis, etc						
2. Total de casos IRA complicadas hospitalizadas						
3. N° de casos de IRA complicada referidos						
4. Control de seguimiento de neumonia a las 48 horas						

B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	Grupo de Edad			
	<1A	1-4A	5 -11 A	Total
1. Total de Casos de EDA (1.1 + 1.2)				
1.1 EDA Sin Complicación (A + B + C +D)				
A. Acuosa Aguda s/deshidratación				
B. Sospechoso de cólera s/deshidratación				
C. Disenteria s/deshidratación				
D. Diarrea persistente				
1.2 EDA Complicada (A + B + C + D + E + F)				
A. Acuosa Aguda c/deshidratación				
B. Sospechoso de cólera c/deshidratación				
C. Disenteria c/deshidratación				
D. Acuosa Aguda c/deshidratación c/shock				
E. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock				
F. Disenteria c/deshidratación c/shock				
3. Hospitalizados por EDA				

C. ANEMIA Y PARASITOSIS

Morbilidad	Diagnóstico						Recuperado						TOTAL	
	<1A	1a	2a	3a	4a	5-11a	Sub-Total	<1A	1a	2a	3a	4a		5-11a
1. Anemia por deficiencia de Hierro														
2. Parasitosis intestinal														

XIII. ATENDIDOS Y ATENCIONES

Grupos de Edad	Atendidos por todas las causas*	Atenciones		
		IRA **	EDA **	Todas las Causas ***
<29 días				
29 d a 59 d				
2 - 11 m				
< 1a				
1-4 a				
5-11a				
Total				

* Atendidos: Sumatoria de nuevos + reingresos en un año al establecimiento

** Atenciones: Sumatoria de Diagnósticos presuntivos + definitivos + repetidos

*** Atenciones: Sumatoria de N + C+ R al establecimiento

XIV. DEFUNCIONES

Grupos de Edad	Intrahospitalario			Extrahospitalario			TOTAL
	IRA	EDA	Todas las Causas	IRA	EDA	Todas las Causas	
<29 días							
29 d a 59 d							
2 - 11 m							
< 1a							
1-4 a							
5-11 a							
TOTAL							

XV. VIGILANCIA DEL CONSUMO DE SAL YODADA

1. CONTROL CUALITATIVO DE

1.1 Calidad de la Sal	Vivienda N°	Mercado N°	Planta Procesadora	TOTAL
Suficiente				
Poco				
Negativo				
Total				

2. CONTROL CUANTITATIVO DE SAL YODADA POR RESULTADO

Resultado de las muestras	Mercado (Punto de venta)	Plantas Procesadoras
Igual ó mayor de 15 PPM		
Igual ó mayor de 30 PPM		
Total de muestras tomadas		

Anexo N° 15

GUÍA PARA LA ATENCIÓN COLECTIVA EN EL PROCESO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Antecedentes:

La propuesta surgió y se desarrolló en una población concentrada como lo son los sectores urbano-marginales de Lima y en particular el distrito de San Juan de Lurigancho, que concentra una población elevada de familias provincianas que intentan adaptarse a las necesidades de la gran ciudad sin perder la totalidad de sus prácticas y creencias regionales.

La implementación del trabajo colectivo surge también como una alternativa a lo observado durante un estudio realizado en el año 1995, donde se evidenció que la enfermera a cargo de CRED de los establecimientos de salud se veía enfrentada a un trabajo rutinario que ponía en peligro la calidad de su trabajo educativo a lo largo de la jornada de trabajo.

2. Criterios esenciales a considerar para implementar la modalidad de atención colectiva.

- ✓ La finalidad del trabajo colectivo es aprovechar el máximo la presencia de los padres y de las madres con sus hijos en el establecimiento de salud y generar actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento y desarrollo de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir sobre el futuro de la familia es a través de acciones de prevención.
- ✓ El trabajo colectivo es una alternativa para fomentar la implementación de acciones que potencien el desarrollo y crecimiento de niñas y niños, trabajando el involucramiento del padre (hombre) en la crianza, el fortalecimiento de la familia, y de la relación entre padres y bebés, para desarrollar un ambiente saludable que favorezca el crecimiento y desarrollo pleno de la niña o niño.
- ✓ Muchas creencias brindan seguridad a la familia, refuerzan su sentido de pertenencia a una región del país.
- ✓ Solo las prácticas y creencias nocivas o peligrosas deben ser desarraigadas, brindando una explicación clara del porque no se deben perpetuar.
- ✓ Se consideran a las madres y a los padres no como simples beneficiarios sino como parte esencial de la construcción de un nuevo saber para criar a sus hijos e hijas pequeños.
- ✓ Más que saber si el niño logra una actividad o acción, los padres deben poder comprender que el desarrollo infantil requiere saberes previos para poder enlazar nuevos conocimientos o adquisiciones.
- ✓ La enfermera a cargo de CRED, es facilitadora del proceso de aprendizaje de los padres.

- ✓ La enfermera es el puente para la transmisión horizontal de informaciones y enseñanzas y que a la vez permite la comunicación y los aportes en los “trucos” de la crianza que todas las madres y los padres aportan cuando atienden a sus bebés o hijos/as.
- ✓ La enfermera es un elemento clave y motor para modificar conductas y para generar consensos y construcciones de saber, lo cual hace necesario que además de su calidad profesional logre establecer con los padres y madres una relación más horizontal, y libre de juicio.
- ✓ El espacio de CRED debe ser entendido como un lugar privilegiado para construir, en conjunto, habilidades fortaleciendo la auto-estima de los padres con consejos positivos.
- ✓ El aspecto más importante del Trabajo Colectivo es la implementación de actividades de evaluación y desarrollo de habilidades sociales de los padres y las madres, en forma colectiva, con grupos de padres y madres de niños de la misma edad, poniendo énfasis en el fortalecimiento de los lazos afectivos entre la madre, el padre y el hijo/hija, en base a desarrollo de habilidades prácticas de conexión afectuosa.
- ✓ El trabajo colectivo, intenta aumentar la participación creando una relación de confianza entre los padres y los miembros del sistema de salud.
- ✓ La información entregada a los padres y madres por el personal de salud no cambia, lo que se modifica es cómo esta información es entregada.
- ✓ La salud de la madre es tan importante como la salud del bebé, por lo tanto en cada contacto se ofrece una atención integral de Madre/Hijo

3. Organización de los grupos:

- ✓ Se recomienda ordenar los grupos en función de la edad y potencial disponibilidad de los padres o adultos responsables del cuidado del niño o niña.
- ✓ El número recomendable de participantes por grupo es de 8 a 10 niñas o niños de la misma edad con sus padres.
- ✓ El lunes es el mejor día para atender al grupo de recién nacidos, porque así se tendrá toda la semana para cualquier intervención complementaria – lactancia, atención de la madre por obstetricia.
- ✓ Las tardes y/o el sábado son mejores para los grupos de niños de edad pre-escolar que podrían estar acudiendo a su centro de educación inicial o a un programa no escolarizado durante las mañanas.
- ✓ Durante este periodo se capacita al personal en áreas de lactancia materna y comunicación con los padres y madres a fin de asegurar la detección oportuna de nudos y tensiones en la casa.
- ✓ Una vez conformados los grupos, se inicia la información a los padres y participantes sobre la nueva propuesta de trabajo con las niñas y niños.
- ✓ Se requiere poner especial cuidado en identificar a las familias de extrema pobreza, que faltan a sus controles, con frecuencia por “vergüenza, por no tener ropa adecuada para el bebé, y especialmente porque existe poca oportunidad de priorizar

la “prevención” que pareciera ser una pérdida de tiempo frente a lo urgente: lograr la sobrevivencia de la familia.

4. **Actividades:**

A. Atención individual

- ✓ Cada control se inicia con una evaluación individual de la niña o niño, esto permite detectar los problemas individuales y de ser pertinente derivarlos para su atención inmediata.
- ✓ En el primer contacto es necesario informar a los padres sobre la modalidad de atención en el establecimiento de salud (fase individual y colectiva)
- ✓ Un elemento central e innovador de este modelo es la percepción de la importancia de trabajar con la familia y conocer el estado de cada miembro individualmente, antes de que asistan a los trabajos en grupo.
- ✓ Se invita a los padres y madres a acudir a una primera actividad grupal en la que se toma un tiempo con los papás y las mamás para que puedan observar un grupo de trabajo en plena actividad.
- ✓ Cuando se percibe que la familia es de extrema pobreza se la invita a una nueva cita, individual, de tal forma que la madre pueda observar e interesarse por el proceso (los pobres extremos suelen marginarse de las actividades educativas, considerando éstas como no prioritarias dentro de sus escalas de valores y necesidades a resolver). Se estima que en promedio, la madre pobre extrema requiere de cuatro citas para solicitar formalmente ser incorporada a un grupo de trabajo.

B. Actividades grupales:

Después del trabajo individual, los padres, las madres y los hijos son invitados a reunirse alrededor de colchonetas y/o mesas, donde durante 45-50 minutos, los padres revisan conjuntamente, los avances, los logros y las dificultades que sus hijos hayan enfrentado durante el mes/ meses.

- ✓ **Las actividades que estimulen el desarrollo motor:** realizando ejercicios que se deben practicar luego en el hogar y que después en la sesión mensual de trabajo grupal, demuestran que el niño/niña ha aprendido, y que logra realizar las acciones o actividades.
Estas actividades/ejercicios/juegos varían en función de la edad.
Las actividades propuestas se alinean con el instrumento de evaluación del desarrollo vigente.
- ✓ **Las actividades que estimulen el aprendizaje del lenguaje:** cada mes, las madres y los padres aprenden una nueva canción, la que además está plasmada en el folleto de estimulación del mes. Ello permite desarrollar el tema de la adquisición del lenguaje de manera agradable, y con nuevas palabras.
A partir del año, los padres van “construyendo” en un cuaderno el “Cuaderno de

Lenguaje” donde ellos mismos van dibujando o pegando imágenes que permiten estimular el lenguaje de acuerdo a la edad del niño y a las orientaciones que brinda la enfermera a cargo.

- ✓ **Los conocimientos y prácticas de las madres y de los padres para la nutrición** (sea ésta la lactancia o la complementación), permiten además verificar si existen factores que puedan interferir en la alimentación de las niñas y niños.
- ✓ **Las prácticas de crianza y cuidado:** en un sociedad donde hay manifestaciones de violencia, donde la pobreza es un problema aún no resuelto, resulta fundamental poder trabajar con los padres la necesidad de controlar los impulsos, la ira, y prevenir comportamientos violentos que dañen la confianza básica de niñas y niños.
Cuando en grupos se pueden tocar los temas que tienen que ver con los propios sentimientos de las madres (o de los padres), sus temores y reacciones nos resulta mucho más fácil hablar de los derechos de los niños a vivir en alegría y en la tolerancia y, al mismo tiempo, recalcar que los sentimientos maternos de frustración son normales pero que se requiere controlar los impulsos violentos.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Alzina de Aguilar V. Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido... An Pediatric (Barc). 2005; 63:193-8.
2. Aarón Lechtig. "Evaluación Externa: Programa Buen Inicio". UNICEF, 2007.
3. Asociación Taller de los Niños "Compartiendo con los Demás", Módulo auto instructivo para trabajo grupal con madres y padres de niños menores de 5 años en el Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo. Segunda edición 2002. Perú.
4. Bastidas M, Posada A, Ramírez H. Conceptos generales de crecimiento y desarrollo. (pp26-27), En: Posada A, Ramírez J, Ramírez H. "El niño Sano". Medellín. Casa editora: U de Antioquia. Tercera edición 2005.
5. Castro C, Durán E. Crecimiento y desarrollo. Pediatría diagnóstico y tratamiento. Segunda edición 2003.
6. González de Dios J, Mollar Maseres J, Rebagliato Russo M. Evaluation of a universal screening program for hypacusia in neonates. An Pediatr (Barc). 2005.
7. Guide to Clinical Preventive Services, 2008. AHRQ Publication No. 08-05122, September 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>.
8. Instituto Nacional de Rehabilitación. Perú. "Esquema del Desarrollo del Niño CONAII – INR".
9. Lucille C. Atkin. Teresa Supervielle Ron Sawyer. Patricio Cantón. Paso a Paso Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. UNICEF. Ed. Pax México 2000.
10. Ministerio de Salud Pública de Cuba – Centro de Referencia Nacional de Puericultura – Dirección Materno Infantil. "Consulta de Puericultura". Ciudad de la Habana-Cuba 2009.
11. Ministerio de Salud – Chile. "Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del menor de 06 Años". 2004.
12. Ministerio de Salud – Perú. "Estimulación del Desarrollo Psicomotor del Niño de 0 a 6 Años – Módulo de Autoaprendizaje". 2003.
13. Ministerio de Salud – Perú. "Norma de Atención del Niño Menor de 5 años. Lima Perú 1999.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador "Norma de Atención Integral en la Salud a la Niñez":2005.
15. Ministerio de Protección Social. República de Colombia."Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años":2000.
16. MT. De Miguel Martínez. La Atención Temprana. Primeros Niveles de detección e intervención. Revista Pediatría de Atención Primaria. Vol. 3 Num.11, julio - septiembre 2001, p 119 - 128.
17. OPS/UNICEF. "Prácticas saludables para fomentar el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de 5 año. 2004.

18. OPS. "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño" Serie Paltex, N° 33. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1993.
19. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2001. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
20. Pan American Health Organization "La salud en las Américas," edición de 2002. (PAHO).Vol. I: 173-224(52).
21. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. PrevInfad. 2009. www.aepap.org/previnfad.
22. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 76. N° 6. Dic. 2005.
23. Riley, D. "El primer año del bebé". University of Wisconsin, 2001.
24. Secretaría de Salud México - Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia "Estimulación Temprana," Lineamiento Técnico. 2002.
25. Secretaría de Salud México - Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia "Niñas y Niños Bien Desarrollados". Manual de Atención. 2002.
26. UNICEF. "Un Buen Inicio en la Vida". 2005

